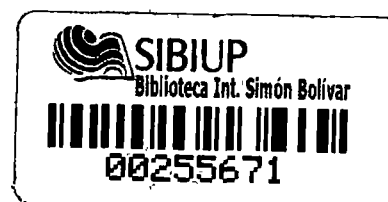


**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**



**"IMPACTO DE UN PROGRAMA PREVENTIVO SOBRE EL USO INDEBIDO
DE DROGAS EN ESTUDIANTES DEL IX GRADO DEL CENTRO ESCOLAR
PEDRO PABLO SÁNCHEZ CON PARTICIPACIÓN DE SUS PADRES DE
FAMILIA
LA CHORRERA, PANAMÁ 1999"**

Por

Bethzabel G. Collado

**Tesis presentada como uno de los requisitos para optar por el grado de Maestría
en Salud Pública con énfasis en Promoción y Educación Para la Salud**

Panamá, Octubre de 2001

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**“IMPACTO DE UN PROGRAMA PREVENTIVO SOBRE EL USO INDEBIDO
DE DROGAS EN ESTUDIANTES DEL IX GRADO DEL CENTRO ESCOLAR
PEDRO PABLO SÁNCHEZ CON PARTICIPACIÓN DE SUS PADRES DE
FAMILIA
LA CHORRERA, PANAMÁ 1999”**

Por

Bethzabel G. Collado

Panamá, República de Panamá

2001

57

HOJA DE APROBACIÓN

APROBADO POR:

DIRECTOR DE TESIS:


DRA. ROSALÍA QUINTERO

11 ENE 2005

MIEMBROS DEL JURADO:


MAGISTRA ADELINA DOMINGO


MAGISTRA HERMILA DE MUÑOZ

REPRESENTANTE DE LA VICERRECTORÍA
DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO:



FECHA: 12/11/2001

12145
Dirección del autor

DEDICATORIA

A mis hijos Yarelis y Mario que con su dulzura y amor alegraron los momentos difíciles.

A mis padres: Ismael y Rosa María fuentes de inspiración y guías, formadores de un espíritu decido y tenáz en mí, quienes estimularon en mí el deseo de superación.

A Mario, compañero que me animó a seguir adelante y me brindó su apoyo y comprensión para alcanzar la meta anhelada.

AGRADECIMIENTO

A mi Padre Dios por brindarme la oportunidad de darme la vida y a través de ella lograr mis metas personales y profesionales.

A la Doctora Rosalía Quintero quien me brindó su orientación y guía, sin los cuales no hubiese sido posible la culminación de esta investigación.

Al personal de la Región de Salud de Panamá Oeste quienes me dieron la oportunidad de realizar este estudio.

A mis compañeros que me apoyaron desinteresadamente para lograr este trabajo.

A los y las estudiantes, padres y madres de familia del Colegio Pedro Pablo Sánchez quienes participaron en esta investigación y de los cuales conservo recuerdos imborrables.

ÍNDICE GENERAL

[illegible]

2.1.4.11. Constelación y personalidad adictiva.....	47
2.1.5 Adolescencia y farmacodependencia.....	49
2.1.5.1. La presión social.....	56
2.1.5.2. La amistad.....	60
2.2 Prevención.....	61
2.2.1. Tipos de Prevención.....	67
2.2.1. Modelos de Prevención.....	68
2.2.2.1. Modelo Ético – Jurídico.....	68
2.2.2.2. Modelo Médico – Sanitario.....	69
2.2.2.3. Modelo Psico – Social.....	70
2.2.2.4. Modelo Socio – Cultural.....	71
2.2.2.5. Modelo Ético – social.....	72
2.2.3. Legalización de la droga.....	74
2.2.4. Proyectos de prevención.....	81
2.2.4.1. Programación Global de la Prevención y la Asistencia en las Tóxicodependencias.....	81
2.2.4.1.1. La Región.....	82
2.2.4.1.2. La Red.....	82
2.2.4.1.3. Zonas Críticas.....	84
2.2.4.2. La Prevención desde la escuela.....	85
2.2.4.3 Marco Político y Legal: Nacional e Internacional.....	111
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	125
3.1. Tipo de Estudio.....	126
3.2. Planteamiento del Problema.....	127
3.3. Hipótesis de Trabajo.....	128
3.3.1. Hipótesis Nula (H_0).....	128
3.3.2. Hipótesis Alterna (H_1).....	128
3.3.3. Hipótesis Nula (H_2).....	129
3.3.4. Hipótesis Alterna (H_3).....	129
3.4. Definición Operacional de Variables.....	130
3.5. Definición Conceptual de Variables.....	131
3.6. Técnicas de Análisis Estadístico.....	131
3.7. Instrumentación.....	132
3.8. Universo y Muestra.....	134
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	138
4.1. Presentación Estadística para la Prueba de Hipótesis H_0 y H_1	139
4.2. Presentación Estadística para la Prueba de Hipótesis H_2 y H_3	151

4.3. Presentación Estadística por Respuestas en el Pre Test y Post Test del Grupo Experimental y Control.....	157
--	------------

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

ÍNDICE DE CUADROS

Páginas

Cuadro I Estudiantes de las Escuelas Pedro Pablo Sánchez y Primer Ciclo de La Chorrera por Edad y Sexo que participaron en el Programa Preventivo sobre el Uso Indebido de Drogas. Año 1999.....	139
Cuadro II Estadísticas descriptivas del Grupo Experimental en el Pre Test y Post Test.....	143
Cuadro III Estadísticas descriptivas del Grupo Control en el Pre Test y Post Test.....	144
Cuadro IV Estadígrafos del Grupo Experimental en el Pre Test y Post Test.....	147
Cuadro V Estadígrafos del Grupo Control en el Pre Test y Post Test.....	148
Cuadro VI Representación de los Estadígrafos más Representativos para la Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas desiguales Grupo Experimental vs Grupo Control.....	149
Cuadro VII Estadísticas Descriptivas en el Pre Test y Post Test del Grupo que asistió al Programa Acompañados de sus Padres: Grupo Experimental.....	152
Cuadro VIII Estadígrafos para la Prueba t para Medias de dos Muestras Emparejadas del Grupo que asistió al Programa acompañados de sus Padres Grupo Experimental: Pre Test y Post Test.....	153
Cuadro IX Estadísticas descriptivas en el Pre Test y Post Test del Grupo que asistió al Programa sin la compañía de sus Padres. Grupo Control.....	154
Cuadro X Estadígrafos para la Prueba t para Medias de dos Muestras Emparejadas del Grupo que asistió al Programa sin la compañía de sus Padres. Grupo Control: Pre Test y Post Test.....	155

Cuadro XI Estadígrafos para la Prueba t para Medias de dos Muestras Emparejadas del Grupo que asistió al Programa sin la Compañía de sus Padres. Grupo Control: Pre Test y Post Test.....	156
Cuadro XII Respuestas Correctas sobre Prevención en el Pre Test y Post Test de los Estudiantes que asistieron al Programa Preventivo sobre el Uso Indebido de Drogas de la Escuela Pedro Pablo Sánchez. Año 1999.....	157
Cuadro XIII Respuestas Correctas sobre Autoestima de los Estudiantes que asistieron acompañados de sus Padres al Programa Preventivo sobre el Uso Indebido de Drogas de la Escuela Pedro Pablo Sánchez. Año 1999.....	161
Cuadro XIV Respuestas Correctas-sobre Comunicación de los Y las Estudiantes que asistieron acompañados de sus Padres al Programa Preventivo sobre el Uso Indebido de Drogas de la Escuela Pedro Pablo Sánchez. Año 1999.....	166
Cuadro XV Respuestas Correctas sobre Liderazgo que Obtuvieron en el Pre Test Y Post Test los y las Estudiantes que asistieron Programa Preventivo sobre el Uso Indebido de Drogasde la Escuela Pedro Pablo Sánchez. Año 1999.....	169
Cuadro XVI Respuestas Correctas sobre Valores en el Pre Test Y Post Test los y las Estudiantes que Asistieron Programa Preventivo sobre el Uso Indebido de Drogasde la Escuela Pedro Pablo Sánchez. Año 1999.....	171
Cuadro XVII Respuestas Correctas sobre Sexo en el Pre Test Y Post Test los y las Estudiantes que asistieron Programa Preventivo sobre el Uso Indebido de Drogas de la Escuela Pedro Pablo Sánchez. Año 1999.....	172
Cuadro XVII Respuestas Correctas sobre Emociones en el Pre Test Y Post Test los y las Estudiantes que asistieron Programa Preventivo sobre el Uso Indebido de Drogasde la Escuela Pedro Pablo Sánchez. Año 1999.....	174

Cuadro XIX Respuestas Correctas sobre los Medios de comunicación en el Pre Test Y Post Test los y lasEstudiantes que asistieron Programa Preventivo sobre el Uso Indebido de Drogas de la Escuela Pedro Pablo Sánchez. Año 1999.....	176
Cuadro XX Respuestas Correctas sobre Tomad de Decisiones en el Pre Test Y Post Test los y lasEstudiantes que asistieron Programa Preventivo sobre el Uso Indebido de Drogas de la Escuela Pedro Pablo Sánchez. Año 1999.....	178
Cuadro XXI Definición de Drogas que fue Seleccionada en el Pre Test Y Post Test los y lasEstudiantes que asistieron Programa Preventivo sobre el Uso Indebido de Drogas de la Escuela Pedro Pablo Sánchez. Año 1999.....	180
Cuadro XXII Respuestas Correctas sobre Adicción en el Pre Test Y Post Test de los y lasEstudiantes que asistieron Programa Preventivo sobre el Uso Indebido de Drogas de la Escuela Pedro Pablo Sánchez. Año 1999.....	183
Cuadro XXIII Respuestas Correctas sobre lo Efectos de las Drogas en el Pre Test Y Post Test de los y las Estudiantes que asistieron Programa Preventivo sobre el Uso Indebido de Drogas de la Escuela Pedro Pablo Sánchez. Año 1999.....	185
Cuadro XXIV Respuestas Correctas sobre los Tipos de Drogas en el Pre Test Y Post Test de los y lasEstudiantes que asistieron Programa Preventivo sobre el Uso Indebido de Drogas de la Escuela Pedro Pablo Sánchez. Año 1999.....	186
Cuadro XXV Respuestas Correctas sobre las Metas de Una Persona en el Pre Test Y Post Test de los y lasEstudiantes que asistieron Programa Preventivo sobre el Uso Indebido de Drogas de la Escuela Pedro Pablo Sánchez. Año 1999.....	187

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica I Estudiantes de la Escuelas Pedro Pablo Sánchez por Sexo que participaron en el Programa Preventivo sobre el Uso Indebido de Drogas Año 1999.....	140
Gráfica II Estudiantes de la Escuelas Primer Ciclo Básico José María Barranco de La Chorrera por Sexo que participaron en el Programa Preventivo sobre el Uso Indebido de Drogas Año 1999.....	141
Gráfica III Respuestas Correctas Sobre Prevención en el Pre Test y en el Post Test de los Estudiantes que Asistieron con sus Padres al Programa Preventivo sobre el Uso Indebido de Drogas de la Escuela Pedro Pablo Sánchez.....	158
Gráfica IV Respuestas Correctas Sobre Prevención en el Pre Test y en el Post Test de los Estudiantes que Asistieron sin sus Padres al Programa Preventivo sobre el Uso Indebido de Drogas de la Escuela Pedro Pablo Sánchez.....	159
Gráfica V Respuestas Correctas Sobre Autoestima en el Pre Test y en el Post Test de los Estudiantes que Asistieron con sus Padres al Programa Preventivo sobre el Uso Indebido de Drogas de la Escuela Pedro Pablo Sánchez.....	162
Gráfica VI Respuestas Correctas Sobre Autoestima en el Pre Test y en el Post Test de los Estudiantes que Asistieron sin sus Padres al Programa Preventivo sobre el Uso Indebido de Drogas de la Escuela Pedro Pablo Sánchez.....	163
Gráfica VII Definición de Drogas que fue seleccionada Por el grupo de Estudiantes que Asistieron sin sus Padres al Programa Preventivo sobre el Uso Indebido de Drogas de la Escuela Pedro Pablo Sánchez.....	181

INDICE DE ANEXOS

	Páginas
Anexo I Programa de Prevención sobre el Uso Indebido de Drogas Cuestionario N° 1 Pre Test.....	201
Anexo II Programa de Prevención sobre el Uso Indebido de Drogas Cuestionario N° 2 Post Test.....	221
Anexo III Programa Preventivo sobre el Uso Indebido de Drogas Dirigido a Adolescentes y sus Padres de Familia.....	241
Anexo IV Tipos de Drogas.....	252

RESUMEN

TÍTULO: "IMPACTO DE UN PROGRAMA PREVENTIVO SOBRE EL USO INDEBIDO DE DROGAS EN ESTUDIANTES DEL IX GRADO DEL CENTRO ESCOLAR PEDRO PABLO SÁNCHEZ CON PARTICIPACIÓN DE SUS PADRES DE FAMILIA LA CHORRERA, PANAMÁ 1999

PAÍS: Panamá

AUTOR (A): Bethzabel G. Collado

FECHA DEL ESTUDIO: 1999

PALABRAS CLAVES: DROGAS - PREVENCIÓN, FARMACODEPENDENCIA

OBJETIVOS:

- Identificar hábitos, actitudes y prácticas sobre el uso indebido de drogas psicoactivas en estudiantes del noveno grado de Educación Básica General.
- Aplicar un Programa Preventivo sobre el uso indebido de drogas en adolescentes entre los trece a diecisiete años de edad que asisten a los centros escolares: Pedro Pablo Sánchez y Primer Ciclo Básico José María Barranco en el Distrito de La Chorrera.
- Comparar los resultados de los conocimientos de las y los estudiantes del noveno grado que asisten al Colegio Pedro Pablo Sánchez en el Distrito de La Chorrera antes y después de participar en un Programa Preventivo sobre el Uso Indebido de Drogas.
- Detectar si existen diferencias significativas en el nivel de conocimientos sobre el uso de drogas en un grupo de estudiantes del centro escolar Pedro Pablo Sánchez, unos que asistieron acompañados de sus padres y madres a un programa un Programa Preventivo sobre el uso indebido de Drogas y otros que asistieron sin la compañía de éstos.
- **METODOLOGÍA:** Tipo de estudio: Cuasiexperimental. Planteamiento del Problema: *¿Existirá alguna variación significativa en el nivel de conocimientos sobre la prevención en el uso de drogas en dos*

grupos de adolescentes, uno que asistió a un Programa Preventivo sobre el uso indebido de Drogas y otro que no asistió?

¿Existirá alguna diferencia significativa en el nivel de conocimientos sobre la prevención en el uso de drogas en un grupo de adolescentes que asistió a un Programa Preventivo sobre el uso indebido de Drogas, unos que asistieron acompañados de sus padres y madres y otros que asistieron solos?

TÉCNICA ESTADÍSTICA: Análisis Porcentual y t de Student

INSTRUMENTOS: Pre Test y Post Test (Cuestionario elaborado por Nuria Aragúas y María Jaén, 1996)

Muestra: Ciento veintisiete (127) estudiantes del Centro Escolar Pedro Pablo Sánchez y 103 del Primer Ciclo Básico José María Barranco del Distrito de La Chorrera, todos pertenecientes al Noveno Grado, de ambos sexos y entre los trece (13) y diecisiete (17) años de edad

CONCLUSIONES:

- Los y las estudiantes que asistieron al programa mostraron un mayor grado de conocimientos sobre la prevención del uso indebido de drogas.
- No existen diferencias significativas entre el nivel de conocimientos sobre la prevención en el uso indebido de drogas entre el grupo que asistió en compañía de sus padres y los que asistieron sin la compañía de éstos.
- El 95% de los y las estudiantes que asistieron al programa en compañía de sus padres y el 76% de los estudiantes que asistieron sin la compañía

de sus padres que participaron en la investigación, evidencian en el pre test que tienen conocimiento del concepto de “adicción”, no obstante, muestran desconocimiento sobre las causas, características y consecuencias de la adicción.

SUMMARY

TITLE: "IMPACT OF A PREVENTIVE PROGRAM ON THE ILLEGAL USE OF DRUGS IN IX GRADE STUDENTS FROM THE PEDRO PABLO SÁNCHEZ SCHOOL CENTER INCOJUNCTION WITH PARENTS PARTICIPATION. LA CHORRERA, PANAMÁ 1999"

COUNTRY: Panamá

AUTOR: Betzabel G. Collado

STUDY DATE: 1999

KEY WORDS: DRUG – PREVENTION, PHARMACODEPENDENCY

OBJETIVES:

- Identify habits, attitudes and practices on the illegal use of psychoactive drugs in students of the ninth grade of General Basic Education.
- Apply a Preventive Program on the illegal use of Drugs in adolescents between thirteen and seventeen years of age that attend the school centers: Pedro Pablo Sánchez and José María Baranco Firs Elementary Basic School in La Chorrera District.
- Compare knowledge results of the ninth grade students that attend the Pedro Pablo Sánchez School in La Chorrera District before and after participating in a Preventive Program on the illegal use of Drugs.
- Detect if there are significant differences in the knowledge level on the use of drugs among group of students from the Pedro Pablo Sánchez School Center, others that attended to a Prevention Program on the illegal use of Drugs accompanied by their parents and others that attended without their parents.
- **METHODOLOGY:** Study type: Almost Experimental. Problem Posing: Will some significant variation exist in the knowledge level on the prevention in the use of drugs in two groups of adolescents, one that attended a Prevention Program on the Illegal use of Drugs and the other that did not

attend? Will some significant difference exist in the knowledge level on the prevention in the use of drugs in a group of adolescents that attended accompanied by their parents and the other that attend alone?

STATISTICAL TECHNIQUE: Percentage Analysis and t of Student.

INSTRUMENTS: Pre Test and Post Test (Questionnaire elaborated by Nuria Aragúas and María Jaen, 1991).

SHOWS: 127 students from Pedro Pablo Sánchez School Center 103 from the José María Barranco First Elementary Basic School, both from La Chorrera District. All belonging to the Ninth Grade (both sexes), and between the ages of 13 and 17 years.

CONCLUSIONS:

- The students that attended the program showed a greater knowledge degree in the prevention of the illegal use of drugs.
- There is not a significant difference between the knowledge level in the prevention of the illegal use of drugs between the groups that attend accompanied by parents and those that attend without them.
- 95% of the students that attended the program with their parents and 76% of the students that attend the program without their parents that participated in the investigation, evidence in the pre test that they have knowledge of the "addiction" concept; nevertheless, they show ignorance on the causes, characteristic and consequences of the addiction.

INTRODUCCIÓN

La drogadicción se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial. A medida que avanzamos hacia un mayor progreso científico y tecnológico, surge con fuerza el abuso de estupefacientes, éste ocurría, originalmente, en los países desarrollados, pero en la actualidad se extiende en casi todos los lugares del mundo.

En Panamá, los problemas del consumo de sustancias ilícitas han ido en aumento, y se dan, no solo en grupos de condición social precaria, sino también entre la población acomodada y los profesionales. Este fenómeno trae como consecuencia un aumento en los casos de dependencia y de las complicaciones médicas y psiquiátricas.

Desgraciadamente, el negocio de las drogas fomenta, la corrupción en nuestro medio, por lo que muchas personas se encuentran involucradas. La única arma efectiva con que contamos es la educación adecuada de la juventud acerca de los peligros del vicio de las drogas y el daño que ocasionan al cuerpo y a la mente.

Un problema de esta naturaleza requiere de un programa preventivo bien estructurado que envuelva la participación de los y las estudiantes que se encuentran en la adolescencia, período en el que, dadas sus características, pueden resultar víctimas de este flagelo.

Este estudio presenta un Programa Preventivo sobre el Uso Indebido de Drogas dirigido a adolescentes entre trece a diecisiete años y que cursan estudios en dos centros escolares de importancia en el Distrito de La Chorrera: Escuela Pedro Pablo Sánchez y Primer Ciclo de La Chorrera.

Con el objetivo de presentar una estrategia de prevención y un medio de preservar la salud pública que esté acorde con las necesidades reales de las personas a quienes se dirige, se realizó una investigación cuasiexperimental de la aplicación del mismo. Este Programa presenta la modalidad de incluir a los padres de familia de los y las participantes en las sesiones, los mismos tienden a desarrollar la autoestima, seguridad en sí mismos, independencia, sentimientos positivos acerca de su persona, su familia y su comunidad.

Para alcanzar los objetivos propuestos, se estructuró la investigación en cuatro capítulos: el primer capítulo presenta el Marco Conceptual; el segundo capítulo contiene un amplio Marco Teórico; el tercer capítulo se hace referencia a la Metodología aplicada y el cuarto capítulo presenta el Análisis e Interpretación de los Resultados.

La juventud tiene un papel importante en la sociedad panameña, de ahí que todos los esfuerzos que se hagan para educarlos en la prevención en el consumo de drogas es de un incalculable valor, es por ello que este estudio representa un aporte valioso para el Sector Oeste de la Provincia de Panamá, en el que cada día se acrecientan los problemas sociales debido al incremento vertiginoso de la población.

CAPÍTULO I

MARCO CONCEPTUAL

1.1. ASPECTOS GENERALES

1.1.1. Antecedentes

El tráfico y consumo de drogas es un severo problema que afronta la humanidad en la actualidad. Miles de millones de dólares están en juego todos los años en el siniestro tráfico de drogas.

La presencia de las drogas o sustancias sicotrópicas no es nueva ni en las comunidades específicas ni en las sociedades nacionales. Por el contrario, su consumo ha estado presente en la mayoría de las culturas que pueblan la geografía y la historia de la humanidad, variando sus patrones de uso, sus funciones, su alcance y su frecuencia.

El farmacodependiente es un individuo que está sufriendo, cuya calidad de vida está en pleno declive o ha llegado a los niveles más bajos de autoestima. El drogadicto es una carga para sí mismo, sufre casi todo el tiempo de su vida. El tiempo que parece no sufrir, podría ser el tiempo durante el cual relaja su sufrimiento al ingerir la dosis anhelada. Pero en general, su calidad de vida se ha deteriorado, no importa con cuánta riqueza monetaria cuente para sufragar su adicción.

En Panamá, el consumo de drogas es alarmante, sobre todo en la población estudiantil, este problema se está produciendo sin distinción de clase social o sexo. No obstante, según se pudo corroborar mediante esta investigación que, los estudios a nivel local, sobre prevención sobre el uso

indebido de drogas en las y los jóvenes entre trece a diecisiete años son muy escasos en relación a la magnitud del problema.

Los datos suministrados por la “Coalición de Panamá por una Comunidad Libre de Drogas” del Despacho de la Primera Dama, demuestran que en la región urbana del país el consumo de drogas es de un 77.2%, no escapando a este flagelo la población rural cuyo consumo es de un 22.8% de su población. En los colegios públicos el consumo de drogas es de un 81.9% y en las escuelas privadas es un 18.1% de su población estudiantil” (Cruz Blanca,1997).

1.1.2. Hipótesis General

La siguiente hipótesis sirve de guía para orientar esta investigación:

“Los Programas Preventivos aumentan el conocimiento de conceptos básicos relacionados al uso indebido de drogas”

1.1.3. Objetivos de la Investigación

1.1.3.1. Objetivos Generales

- Determinar el nivel de conocimiento sobre la prevención en el uso indebido de drogas de dos grupos de adolescentes
- Conocer el impacto de la aplicación de un Programa Preventivo sobre el uso indebido de Drogas dirigido a adolescentes entre

los trece a y diecisiete años que asisten al noveno grado en los centros escolares: Pedro Pablo Sánchez y Primer Ciclo de La Chorrera, ubicados en el Sector Oeste de la provincia de Panamá.

- Establecer la eficacia de la aplicación de un Programa Preventivo sobre el uso indebido de Drogas que incorpora a padres y madres de familia de adolescentes del noveno grado del centro escolar Pedro Pablo Sánchez del distrito de La Chorrera.

1.1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar hábitos, actitudes y prácticas sobre el uso indebido de drogas psicoactivas en estudiantes del noveno grado de Educación Básica General.
- Aplicar un Programa Preventivo Sobre el Uso Indebido de Drogas en adolescentes entre los trece a diecisiete años de edad que asisten a los centros escolares: Pedro Pablo Sánchez y Primer Ciclo Básico José María Barranco en el Distrito de La Chorrera.
- Comparar los resultados de los conocimientos de las y los estudiantes del noveno grado que asisten al Colegio Pedro Pablo Sánchez en el Distrito de La Chorrera antes y después

de participar en un Programa Preventivo Sobre el Uso Indebido de Drogas.

- Detectar si existen diferencias significativas en el nivel de conocimientos sobre el uso de drogas en un grupo de estudiantes del centro escolar Pedro Pablo Sánchez, unos que asistieron acompañados de sus padres y madres a un Programa Preventivo Sobre el Uso Indebido de Drogas y otros que asistieron sin la compañía de éstos.

1.1.4. Importancia

Pocos temas resultan tan transversales y polémicos hoy día como el de las drogas. Como una cizaña que recorre el mundo, el tema pasa conflictivamente del plano global a lo personal.. Invade la diplomacia, la política interna y exterior, la economía transnacional y la economía de supervivencia, el debate académico y la actividad policial. Ocupa titulares de prensa de manera cotidiana y abre preguntas fundamentales en el campo de la cultura, la psicología social y la criminología.

La farmacodependencia se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial. A medida que se avanza hacia un mayor progreso científico y tecnológico, surge con fuerza el abuso de estupefacientes, éste ocurría, originalmente, en los países desarrollados, pero en la actualidad se extiende a todos los estratos de la sociedad en muchos lugares del mundo.

Nuestro país no escapa a esta situación, por lo que la drogadicción se ha convertido en un cáncer que está invadiendo a las familias panameñas de todos los estratos sociales.

El tema de la droga ocupa especial atención entre profesionales de la psiquiatría, psicología, juristas, criminalistas, médicos, políticos, educadores y entre toda la población en general, no obstante, pareciera que hoy, más que nunca, se necesita reforzar acciones tendientes a la prevención de su consumo, sobre todo en los y las adolescentes, puesto que, las estas estadísticas nacionales arrojan un desconcertante aumento gradual en el uso, consumo y tráfico de las drogas en el país.

Dado que en la época actual la estrategia de prevención va dirigida a reforzar patrones de protección familiar, escuelas y comunidades, se ha considerado pertinente realizar esta investigación que permitirá medir el impacto de un Programa Preventivo sobre el uso indebido de Drogas en estudiantes de noveno grado de Educación Básica General en el distrito de La Chorrera, provincia de Panamá con la innovación de incorporar padres y madres de familia a dicho Programa.

Los resultados del estudio reportarán grandes beneficios, en primer lugar a doscientos treinta estudiantes y a sus padres y madres de familia que participarán en el Programa de Prevención que se aplica en la investigación.

Las informaciones obtenidas mediante el estudio les permitirá a los profesionales de Salud Pública, educadores y personal administrativo del Ministerio de Educación, diseñar estrategias educativas que les permitan

afrontar de una manera concreta el problema del consumo de drogas en la juventud.

Todos los esfuerzos que se hagan para prevención en el consumo de drogas es de un incalculable valor, más aún, aquellos que se desarrollen en el Distrito de La Chorrera, debido a que en éste se está presentando muchos problemas sociales, probablemente, relacionados al aumento vertiginoso de la que se ha dado en los últimos años, ya que según datos estadísticos proporcionados por la Contraloría General de la República “en 1990 la población era de “89,780 habitantes y en el año 2000 de 123,218” (Panamá en Cifras, 2000).

1.1.5. Delimitación

La investigación se ubica en el campo de la prevención de enfermedades, específicamente en el área de la Salud Pública

El estudio se realizó en dos centros escolares: Pedro Pablo Sánchez y Primer Ciclo de La Chorrera, los mismos están ubicados en el Distrito de La Chorrera, sector oeste de la provincia de Panamá.

Se trabajó con 230 estudiantes entre los 13 y 17 años de edad y pertenecientes a ambos sexos; de éstos, 127 estudiantes pertenecen al centro escolar Pedro Pablo Sánchez y 103 al Primer Ciclo de La Chorrera.

La investigación se llevó a cabo desde 1997 a 1999.

1.1.6. Limitaciones

Una de las limitaciones de esta investigación la constituyó la inversión realizada en la confección de materiales para los cuestionarios, y refrigerios para los estudiantes que participaron en el Programa.

Se dificultó bastante la motivación de los padres y las madres de familia para que participaran en el Programa Preventivo sobre el Uso Indebido de Drogas ya que lo consideraban como una actividad extra programática del centro escolar en donde se ubicó el grupo experimental.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. LA DROGA

2.1.1. Definición

Las drogas son sustancias que se convierten en el objeto de una relación cuando esta llega a hacerse activa. La droga, en sí, no existe: es el sujeto drogadicto quien convierte ciertas sustancias en drogas, al establecer con ellas un tipo de relación y unas formas o patrones de uso.

Entenderemos, pues, que la existencia de las drogas no es la causa de la droga-dependencia. En la producción del fenómeno, en la dependencia, existe una relación de causalidad entre el consumo de drogas, los factores dependientes de la persona consumidora y su ambiente social. Conocer los conceptos y la clasificación de las drogas nos permite después entender mejor la problemática asociada.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) define las drogas como una sustancia (natural o química) que, introducida en un organismo vivo por cualquier vía de administración (ingestión, inhalación, por vía intravenosa o intramuscular), es capaz de actuar sobre el cerebro y producir un cambio en las conductas de las personas debido a que modifica el estado psíquico (experimentación de nuevas sensaciones) y tiene capacidad para generar dependencia.

2.1.2 Antecedentes

La penetración del opio en el círculo cultural de Occidente tuvo lugar decorosamente, por medio de las más altas esferas literarias. Nada menos que con el canto cuarto de la *Odisea*, de Homero, donde en sus versos 219 a 233, nos describe entre líneas, al opio no sólo como narcótico sino también como un sicofármaco. El dolor que según el poema está llamado a mitigar, es de tipo espiritual, más bien diríamos en la actualidad que es psíquico.

El efecto del jugo extraído de las cápsulas inmaduras de la adormidera (papaverácea somnífera) era ya conocido en el país del Nilo desde muchos años antes. Ocho siglos antes de Homero, en 1600 A. de C. la traducción de un papiro nos dice que hubo un médico que recomendaba el opio como "un medicamento para mitigar el llanto exagerado de los niños pequeños". Había que tomar "cápsulas de amapola y granos que se mezclan con la suciedad que las moscas dejan en las paredes, hasta formar con él toda una masa que se filtra y se da a los niños a partir del cuarto día".

Cuando Yago, en la tercera escena del tercer acto del *Otelo* de Shakespeare, habla sobre su intriga, menciona también dos drogas: Ni la adormidera ni la mandrágora, ni todos los adormecedores jugos de la naturaleza, te ayudarán a recuperar el dulce sueño que hasta ayer fue tuyo.

El hecho de que el opio y otras drogas sean mencionadas por Shakespeare más de doscientas veces no tiene nada que ver con una pasión personal del escritor -los sabios del Renacimiento, en todos los países, siempre estuvieron decididos a investigar de nuevo el mundo, y las drogas tenían para ellos un especial interés.

García da Horta, informa, en su Historia de las drogas, de ciertas contradicciones: el opio es un "veneno estimulante que los turcos toman para vencer el cansancio, pero no como afrodisíaco, como algunos creen estúpidamente, pues el opio no sólo no aumenta el apetito carnal, sino que apacigua la llamada de la carne".

En ningún libro, hasta entonces, se mencionó el peligro de hábito que implica el consumo del opio. El primero en mencionarlo fue el sacerdote Samuel Purchas, contemporáneo de Shakespeare.

La droga más extendida en el mundo libre occidental es, actualmente, el Valium. Uno de cada tres hogares en la República Federal de Alemania la tienen en sus botiquines caseros. En el caso de abuso, si se toma una sobredosis, se puede sufrir de mareos y pérdida de conciencia, el producto es una causa de adicción. Los tranquilizantes son una droga legal, y aunque pueden producir algunos accidentes profesionales, han sustituido a otros productos preocupantes derivados del opio.

En Inglaterra la mayor parte de los libros que tratan las drogas, se basan en la apreciable cantidad de investigaciones e informes que en su época se editaron y, con ellos, se llega fácilmente a la impresión de que el opio fue un problema específico de las Islas Británicas. Esto no es cierto, si se tiene en cuenta la cantidad de opio consumido en Europa. En lo único que los ingleses superan al resto de los europeos es en la mayor precisión en los informes.

No hay duda de que podrían llenarse muchos metros de estantería con la literatura que se ha escrito sobre el efecto y estímulo que las drogas ejercen en la producción de obras de arte. La razón que la pregunta no haya podido obtener, hasta ahora, una respuesta precisa es muy simple. En primer lugar no hay ninguna droga capaz de dar vida a un mundo propio imaginario. Todo lo que puede hacer, en el mejor de los casos, es juntar y dar forma a una serie de experiencias diversas. Ésta es una cualidad que las drogas comparten con los sueños y con la fantasía artística, por lo que el papel de las drogas en la creación artística es sólo complementario. En el caso de las drogas alucinógenas como el hachís, repetidas veces se ha tratado de descubrir si existen "*modelos de fantasía*" que sean fruto específico de la droga. La mayoría de los científicos han llegado a la conclusión que las drogas alucinógenas lo único que hacen es acentuar la capacidad de fantasía ya existente en la mente del artista, pero no son capaces de crear nada por sí mismas. La droga cuyo uso está más extendido entre los artistas es el alcohol, y tiene al parecer, dos características peculiares: en la mayoría de los artistas su función se limita a

ayudarles a superar el estado de stress causado por el trabajo creativo, como una especie de vacaciones psíquicas; en los alcohólicos graves produce un oscurecimiento de su mundo representativo y una tendencia a la búsqueda de temas "*fantasmagóricos*". Del alcohol se puede esperar más o menos lo mismo que de los narcóticos y, por lo tanto, no debe sorprender a nadie que en algunas épocas un número sorprendente de escritores y otros artistas se den al alcohol y acaben por pasarse al opio y sus derivados.

En 1898 la firma Bayer saca a la venta un producto, (probado por un período de apenas dos meses) con el nombre de Heroína que según los científicos los resultados fueron:

- Contrariamente a la morfina, esta nueva sustancia produce un aumento de la actividad.
- Adormece todo sentimiento de temor.
- Incluso las dosis más pequeñas hacen desaparecer todo tipo de tos, hasta en los enfermos de tuberculosis.
- Los morfinómanos tratados con esta sustancia perdieron de inmediato todo interés por la morfina.

Ese mismo año, logran otro importante descubrimiento "Aspirinas" el sustituto de los salicilatos, y Heroína el medicamento ideal para eliminar la tos. Años después se descubrió que la Heroína de Bayer producía adicción y la empresa decidió dejar de vender este producto.

El camino que condujo a las drogas a la clandestinidad recorre en todos los países civilizados el mismo camino diabólico: establecimiento de una rigurosa obligatoriedad de recetas especiales para conseguir todo tipo de derivados del opio; leyes penales muy severas contra la falsificación de recetas, así como contra los médicos que las prescriben a la ligera. Con ello, desde luego, no podía hacerse desaparecer el problema sino, simplemente, sacarlo de la superficie para pasarlo a la clandestinidad.

La guerra de Vietnam, fue testigo del matrimonio de la heroína con la política. Las guerras subversivas son por lo general, financiadas con negocios ilegales y desde la segunda guerra mundial, el mercado de armas clandestino, es en muchos casos, idéntico al de la droga. Se dice que en la guerra de Vietnam, la CIA, manejaba tres compañías de aviación: Air America, Continental Air Service y Lao Development Air Service (en Indochina). Estas compañías se las conocía como Air Opium. De acuerdo con un informe de la CIA a finales de la década del 60, los ingresos de los gobernantes en Vietnam y Laos provenían de las siguientes fuentes: venta de cargos de importancia en el gobierno, sobornos , corrupción militar y el contrabando de opio.

Otro ejemplo de la relación de las drogas con la política es la gran cantidad de diplomáticos sorprendidos con gran cantidad de drogas entre su equipaje en los últimos años.

2.1.3 Clasificación

2.1.3.1 Alucinógenos

Se sabe que gran cantidad de sustancias de muchas y variadas composiciones químicas producen parecidos efectos psicoactivos en la mente humana. Algunos de estos compuestos son sustancias naturales, algunas extraídas de otras sustancias y algunas son sintéticas. Los efectos de este tipo de drogas varían significativamente en cada persona. Estas variaciones son en parte debidas a las expectativas y el ambiente de cada uno y a otros factores no farmacológicos. Algunas drogas como el LSD se han utilizado anteriormente en psicoterapia. Hoy, se utilizan muy poco en ese terreno.

Estas drogas generalmente se toman por vía oral. La tolerancia a ellas se crea rápida y significativamente. Sus efectos varían desde algunos minutos hasta varias horas. Los efectos, favorables y desfavorables, son principalmente psicológicos. El LSD no se descubrió hasta 1938. Sus efectos en el cerebro no fueron totalmente conocidos hasta 1943. Numerosas drogas con efectos parecidos han circulado desde tiempos prehistóricos y las plantas que las producen pueden crecer en casi todos los sitios. Se han utilizado estas drogas por todo el mundo. Con frecuencia, su utilización se consideraba un fenómeno místico o religioso que acercaba a las personas a los dioses y a la naturaleza.

2.1.3.2 Alucinógenos naturales

Las setas crecen por todo el mundo. Existen miles de tipos distintos, algunas son comestibles, algunas son venenosas y algunas contienen sustancias alucinógenas. El alucinógeno natural que contienen es una sustancia química llamada *psilocibina*. Estas setas se pueden comer, cocinar, secar o machacar. Generalmente se consumen por vía oral, en cápsulas o en tabletas. La psilocibina provoca la sensación de percibir cosas en lugares que no son normales. Con frecuencia se ven alucinaciones muy coloridas, se tiene la sensación de ligereza y mucha relajación. También causa diarrea y retorcijones, así como escenas retrospectivas. El efecto comienza aproximadamente a los quince minutos después de su ingestión y puede continuar hasta nueve horas.

El peyote es un cactus pequeño sin espinas con una parte central o botón y una raíz en forma de zanahoria. Crece en los desiertos de México y en el sudoeste de los Estados Unidos. La parte central contiene una sustancia química llamada *mescalina*. Esa parte central se corta en rodajas y se seca para formar un botón mescal que se mantiene en la boca hasta que se ablanda y luego se traga o se utiliza para hacer té. La mescalina también se puede obtener sintéticamente y se encuentra en forma de cápsulas o tabletas. Los efectos que produce son, cambios o interrupciones en las funciones normales del cerebro y alucinaciones. Alrededor de una hora después de su ingestión son frecuentes las náuseas y los vómitos así como respiración entrecortada, aumento del ritmo cardíaco y temblores. Estos efectos pueden durar hasta 12 horas y sus

reacciones pueden ser variables. Efectos tipo caleidoscopio, "ver" la música en colores u "oír" la pintura como si fuese música, representan algunas de las experiencias sensoriales de las que se tiene conocimiento. Los Aztecas en América del Sur utilizaban el peyote en sus ceremonias religiosas como hacían los americanos nativos.

2.1.3.3 Alucinógenos sintéticos

El *LSD* o *dietilamida del ácido lisérgico*, se conoce como ácido. En 1943, cinco años después de su descubrimiento, el Dr. Hoffman estaba trabajando en su laboratorio farmacéutico cuando empezó a sentirse enfermo. En el intento de repasar su trabajo sobre hongos, descubrió que había fabricado uno conocido como el LSD-25. Esta fue la única variable diferente que encontró. Para comprobar su teoría, se administró a sí mismo una pequeña cantidad y se sentó a tomar notas. Después de casi una hora, se sintió mareado, impaciente, con trastornos visuales y con una risa incontrolable. Estas notas fueron las últimas que escribió en su cuaderno y tuvo gran dificultad en escribirlas. El Dr. Hoffman continuó experimentando en un "viaje" de seis horas de LSD. Al día siguiente se sentía bien, pero muy cansado. Este es el primer caso de un informe documentado de los efectos del LSD.

Desde entonces el LSD ha sido utilizado por los militares para "lavados de cerebro" e incluso para incapacitar a las fuerzas enemigas. Se reemplazó rápidamente por otros compuestos más específicos y efectivos. Los médicos lo

utilizaron en psicoterapia pero su utilización ha decaído desde mediados de los 60. En 1962 el LSD llegó a ser una droga muy popular en el mercado negro. Debido al estricto control de abastecimiento por los fabricantes y las regulaciones de las administraciones, se vio envuelto en el mercado negro muy deprisa. Este mercado aumentó el abastecimiento de esta droga hasta tal punto que se exportó fuera de los Estados Unidos. Desde 1966 no es legal la fabricación y distribución del LSD en Estados Unidos.

El LSD es una de las drogas sintéticas más poderosas. Una quinta parte de un gramo de una tableta (el tamaño de una aspirina), contiene suficiente LSD para producir efectos a tres mil personas. Es cien veces más fuerte que la psilocibina y más de cuatrocientas veces más fuerte que la mescalina. El LSD es un polvo blanco insípido, incoloro e inodoro. Pueden hacerse tabletas, cápsulas o líquidos y generalmente se traga, aunque con frecuencia se inyecta en vena.

El LSD afecta a las funciones del cerebro, principalmente a los receptores de serotonina. El efecto empieza de treinta a noventa minutos después de su ingestión y puede durar hasta doce horas. Este efecto se denomina comúnmente como "viaje". Los efectos del LSD son muy similares a los que producen los alucinógenos naturales descritos anteriormente pero más intensos. Son comunes los cambios emocionales, esos son espantosos para el consumidor. También puede causarles la pérdida del sentido de "acciones normales" o sus consecuencias. El consumidor puede tender a realizar acciones

sobrehumanas y sentirse sin control alguno. Las escenas retrospectivas pueden durar muchos años, aunque no se vuelva a consumir esta droga.

Los efectos físicos en el consumidor de LSD son sudores, pérdida de apetito, insomnio, boca seca y temblores. También puede aumentar el latido cardiaco, la temperatura y la presión sanguínea.

La *feniclidina* se conoce a menudo como "polvo de ángel", es uno de los alucinógenos más peligrosos y también muy extendido. A diferencia de otros alucinógenos, la *feniclidina* provoca drogodependencia. La *feniclidina* originariamente se desarrolló para su utilización como producto adjunto a la anestesia. Pronto se descubrió que causaba confusión, alucinaciones, ansiedad, ataques e incluso daños en el cerebro. Es un polvo cristalino puro y blanco. Con frecuencia se traga en forma de cápsulas o tabletas, se esnifa o se inyecta. Generalmente se espolvorea o rocía sobre la marihuana, el tabaco o perejil triturado y se fuma.

Los efectos de la *feniclidina* comienzan de dos a cinco minutos después de ser ingerida, llegan al máximo en dos horas aproximadamente y pueden durar hasta seis horas. Los efectos residuales necesitan dos días para desaparecer. Las escenas retrospectivas son corrientes con la *feniclidina* y pueden ocurrir meses después de su ingestión. Bajo los efectos de esta droga las cosas se ven y se oyen de manera muy diferente. La *feniclidina* afecta a las funciones motrices normales como el andar o el hablar, aumenta los latidos

cardíacos y la presión sanguínea. Los efectos secundarios más frecuentes son sudoración, vista borrosa, mareos, entumecimiento, nerviosismo, irritación, dificultad para concentrarse e impaciencia. Los efectos secundarios más graves van desde el estado de coma y convulsiones, hasta un fallo cardíaco o apoplejía. La fenclidina puede provocar cambios de comportamiento raros e impredecibles. Los adictos pueden intentar hazañas sobrehumanas o cometer violentos crímenes. A menudo padecen graves problemas mentales.

2.1.3.4. Cocaína y Crack

La *cocaína* es una droga alcaloide extraída de las hojas del árbol de la coca. Es un estimulante del sistema nervioso central que provoca euforia (sensación de sentirse bien). El *crack* es una droga poderosa. Es una forma de cocaína más barata y muy disponible que se presenta en pequeños trozos con apariencia de jabón y se conoce vulgarmente como "perica" o "farlopa". Aquí nos referiremos a ella con el término genérico de cocaína.

Cuando se produce la inmunización temporal o la tolerancia a los efectos de la cocaína muchos consumidores tienden a aumentar la dosis. La cocaína se puede esnifar (aspirar), inyectar o fumar. Generalmente se mezcla con otras sustancias más baratas. El crack es el resultado de calentar la cocaína con levadura en polvo. Generalmente se fuma en una pipa de agua y es la forma de cocaína que causa más adicción.

En 1883 un físico militar alemán, el Dr. Theodor Aschenbrandt, consiguió un suministro de cocaína pura y lo distribuyó entre los soldados bávaros durante las maniobras de otoño. Informando posteriormente del aumento de la capacidad de los soldados para soportar el cansancio.

Un lector que quedó fascinado con los informes del Dr. Aschenbrandt, fue un joven neurólogo vienés, indigente, de veintiocho años, el Dr. Sigmund Freud. Algunos de los descubrimientos iniciales de Freud sobre la cocaína, como el de ser una droga psicoactiva, quedaron ampliamente confirmados en investigaciones posteriores. Otras investigaciones revelaron que el uso repetitivo de grandes dosis de cocaína produce una psicosis paranoide característica en casi todos los que la utilizan y que aumenta la tendencia a su abuso. Una característica peculiar de esta psicosis son las alucinaciones como que hormigas, insectos o serpientes corren por encima de la piel.

En 1890 la naturaleza de la cocaína a crear adicción y psicosis era bien conocida. Se utilizaba frecuentemente como anestesia local. En los Estados Unidos, fue muy utilizada en la Coca-Cola, en tónicos y en otros medicamentos patentados. Se prohibió en 1914. La cocaína destruye las membranas mucosas, inflamando y agrandando las vías respiratorias. Estos efectos se dan más en las personas que esnifan cocaína, lo que todavía se practica. También es un estimulante que acelera el sistema nervioso, el latido cardiaco y la respiración.

La adicción a la cocaína se diferencia de otros tipos de adicción en al menos dos aspectos. Incluso después de la utilización de grandes dosis de cocaína, si se priva de la utilización de esta droga, no se sufre de crisis de abstinencia como el delirium tremens producido en los alcohólicos o el síndrome de abstinencia del opio. Los efectos físicos son menores. La falta de cocaína se caracteriza por una depresión para la que la cocaína parece ser el único remedio. El impulso de reducir la utilización de cocaína es muy fuerte. Sobredosis de esta droga puede derivar en convulsiones e incluso la muerte.

Por otra parte, la adicción a la cocaína puede provocar graves psicosis bajo sus efectos. Esto es muy distinto a la mayoría de los síndromes de abstinencia que duran horas o días después de dejar la droga.

Grandes dosis de cocaína pura, producen sensación de gran tensión y un exceso de agitación. Los cocainómanos descubrieron que mezclando la cocaína con la morfina o la heroína se reducían estas sensaciones. Los que utilizan morfina o heroína descubrieron que la combinación aumenta los efectos y el buen humor producido por esas drogas. Esta mezcla se conoce como "speed".

2.1.3.4 Estimulantes

La utilización de la *cafeína* en las distintas culturas tiene una larga historia. Todavía es una de las drogas que no recibe la suficiente atención a la hora de tratar el abuso y adicción a las drogas. Sin embargo, sus efectos fisiológicos y psicológicos en el organismo hacen evidente que la cafeína es una

de las drogas de las que más se abusa y que puede causar adicción. No es probable que la cafeína se ponga bajo control gubernamental en un futuro inmediato, porque se considera, en general, benigna, su uso es socialmente aceptable (incluso se incita a su consumo) y las fuentes de obtención de la cafeína están controladas por grandes sociedades alimenticias (que tienen un gran interés en mantener alto su nivel de consumo). Sin embargo, a nivel individual se debería ser consciente de los efectos de la cafeína y del potencial de su abuso.

Históricamente, la cafeína se ha utilizado durante muchos siglos en el Este y en la América Precolombina, antes de su introducción en Europa. Mientras en Europa se favorecía el consumo de alcohol como la droga elegida (lo que explica la gran variedad de sus manifestaciones que existe en esta parte del mundo) no pasó mucho tiempo desde que los comerciantes y exploradores comenzaran a traer el café de Arabia y Turquía, el cacao del Nuevo Mundo, el té de China y la planta de cola del oeste de África. La cafeína tuvo una gran aceptación popular. Es importante resaltar que, desde su comienzo como bebida popular en Europa, la utilización del café aumentó a pesar de las advertencias gubernamentales, religiosas y médicas y sus esfuerzos por reprimirlo. En muchos aspectos, la llegada de la cultura en torno a la cafeína trajo consigo tanto histerismo como muchas de las drogas actuales.

La cafeína se encuentra hoy como se encontraba originalmente, en el café, té, chocolate, y algunas bebidas sin alcohol. También está disponible en

pastillas que se venden para ayudar a mantenerse despierto y alerta, como afrodisíaco y como reductor del apetito. Aunque no se considera como una droga de la que se pueda abusar, un sorprendente número de defensores de la cafeína sostienen contradictoriamente que, aunque no es una droga y sólo se toma para su disfrute, una taza de café es necesaria por las mañanas al despertarse o levantarse. En efecto, varios estudios han demostrado que se puede ser adicto a la cafeína y que los síntomas que se manifiestan por la falta de cafeína son irritabilidad, pereza, dolor de cabeza, depresión y/o nerviosismo. Además, en los tests en los que se ha pedido a personas no bebedoras que bebieran una cantidad de café o de té con los niveles de adicción comunes, han presentado nerviosismo y problemas gastrointestinales. Se puede llegar a abusar gravemente de la cafeína, incluso se pueden tomar de siete a quince tazas de café (o su equivalente) en una sesión. En situaciones tan extremas, se ha notado delirio, taquicardia, temblores y psicosis de cafeína, además de una alteración gastrointestinal aguda. Por ello, es evidente que la cafeína es una droga que crea adicción, afecta mentalmente y presenta el potencial de su abuso.

A pesar de estas consideraciones, la cafeína es relativamente benigna como droga que crea adicción. Estudios al respecto han demostrado que pequeñas dosis de cafeína mejoran la memoria a corto plazo, la puntuación en los tests que dependen del reconocimiento de un dibujo cerrado y la habilidad motriz. Tampoco se debe desestimar el aumento de la productividad en la

sociedad actual por los efectos estimulantes de la cafeína. Sin embargo, se debe sopesar todo esto con los efectos que produce a largo plazo la utilización de cafeína.

Las úlceras y otros trastornos digestivos son más frecuentes entre los consumidores de cafeína, así como los problemas relacionados con la propiedad estimulante de la cafeína (incrementa el riesgo de paro cardíaco, de hipertensión y problemas de personalidad). Muchos de los problemas a corto plazo que se presentan por sobredosis o abuso de la cafeína están bajo control al ser una droga legal de uso refinado. Sin embargo, se desconocen los efectos de larga duración.

2.1.3.6 Marihuana

La marihuana es el nombre común con el que se conoce a la planta *Cannabis sativa*. También es el nombre que se le da a la droga que se prepara con las hojas secas y la parte superior de las flores de esta planta. Estas hojas y flores contienen varios componentes químicos conocidos como canabinoides. Una de estas sustancias químicas, la llamada TCH o delta-9-tetrahidrocanibinol, crea el estado conocido como "estar colocado" afectando a las funciones normales del cerebro. La potencia de la marihuana varía enormemente de un caso a otro.

La planta de marihuana ha existido desde hace más de 5.000 años y se ha utilizado de muchas maneras. En la antigua China se utilizaban las fibras de

esta planta para tejer cuerdas y ropa. Los griegos y los romanos hacían medicinas con ellas. Otros han utilizado el aceite para fabricar jabón e incluso se ha utilizado como alpiste.

Como en la antigua China o Roma, los colonialistas americanos utilizaban la planta de marihuana. En los siglos XVII y XVIII, utilizaban las fibras de la planta para hacer cuerdas y tejer sus ropas. En el siglo XIX la parte superior de la lona que cubría las armas estaba a veces hecha con las fibras de la planta de marihuana.

La utilización de la marihuana para "colocarse" llegó a ser muy popular en los Estados Unidos durante los años 20 y 30. Muchas personas tenían miedo de esta droga y se aprobaron leyes para controlar su utilización. En 1937 el Congreso de los Estados Unidos aprobó una ley que limitaba el uso de la marihuana en cualquier lugar del país.

En los años 60, la marihuana llegó a ser más popular que nunca. Los estudiantes universitarios y de las escuelas superiores comenzaron a utilizar la droga como una forma de demostrar lo maduros e independientes que eran. Los "hippies" y los "hijos de la flor" hicieron de la marihuana parte de su manera de vivir.

En los años 70 y 80, los estudios sobre el uso de la marihuana han demostrado a los científicos que es, de hecho, una droga muy perjudicial. Hoy día, cada vez menos gente que consume marihuana e incluso menos que la

prueban aunque sea sólo una vez. Sin embargo, la marihuana es todavía la droga ilegal más extendida.

El extracto de cannabis, marihuana, fue en su tiempo utilizado médicamente de forma extensiva y todavía tiene mínimas aplicaciones médicas en algunos países. La marihuana es única en cuanto a los efectos químicos y psicológicos que produce. El desarrollo de la tolerancia a la marihuana requiere "sentirse bien" o "llegar más alto". Se puede desarrollar una dependencia psicológica tan fuerte como la que provoca la cocaína. Las alucinaciones no son efectos secundarios de esta droga, pero con frecuencia es un síntoma de sobredosis.

Generalmente la marihuana se fuma, pero también se puede tomar por vía oral en las comidas o en las bebidas. Se ha demostrado que provoca enfermedades en los pulmones y en el corazón. El humo contiene gases químicos y venenosos que provocan cáncer. También puede destruir los tejidos pulmonares y disminuir el sistema inmunológico del organismo destruyendo los glóbulos blancos.

2.1.3.7 Narcóticos

Los narcóticos han sido las drogas fundamentales en las subculturas y en las sociedades respetables a través de los años. En 1885, los opiáceos estaban disponibles en preparados que no necesitaban prescripción. Incluso en los refrescos más comunes presentaban derivados del opio como ingredientes.

Aunque algunos lo consideraban inmoral, la utilización de los preparados de opio, -como el láudano o fumar opio- estaba legalizado. En 1942 el Congreso Americano prohibió a nivel nacional el cultivo de la amapola de opio o adormidera. En el siglo XIX la adicción no se consideraba como la desgracia social que se considera hoy. Las parejas no se divorciaban por causa de adicción a los narcóticos y los trabajadores no eran despedidos por esta causa. Sin embargo, desde entonces se ha descubierto la verdadera naturaleza de la adicción y se han conocido sus terribles consecuencias, tanto para los individuos como para la sociedad. Hoy en día la clase de drogas denominadas "narcóticos" incluyen algunas de las más peligrosas, con más adicción y más abuso en la sociedad moderna.

Formalmente, el término "*narcóticos*" se refiere a los derivados de la adormidera que actúan como hipnóticos o tranquilizantes. Los derivados más conocidos incluyen el *opio*, la *morfina*, la *codeína* y la *heroína*. Los tres primeros aparecen de forma natural en la adormidera, mientras que el último, la heroína, está hecha de morfina acetilada. Todos ellos se han utilizado médicamente en algún momento de la historia, la morfina y la codeína todavía se utilizan extensamente como analgésicos. Se creyó que la heroína era un tratamiento viable contra la adicción de la morfina (un problema muy extendido a finales del siglo XIX y hasta la mitad del siglo XX). Como resultado, la heroína produjo más reticencia, adicción y daños psicológicos que la morfina a la que supuestamente reemplazaba. La codeína es quizás la última de estas drogas, siendo el opiáceo

de acción más suave, pero también crea adicción y presenta el potencial de su abuso. De hecho, haciendo la consideración que muchas más personas tienen acceso legal a la codeína (con receta) que a la heroína (que no se prescribe), es muy posible que el número de adictos y el abuso de la codeína sean superiores a los de heroína, que es más difícil de conseguir.

Aunque el abuso de los narcóticos se centra en sus efectos, que proporcionan un placer momentáneo, muchas personas se han introducido en ese mundo a través de tratamientos médicos. El valor medicinal de los narcóticos es inestimable. La morfina y la codeína se han utilizado como analgésicos en pacientes para los que sería cruel tratarlos con calmantes más suaves, como la aspirina y el paracetamol. Para los dolores postoperatorios, crónicos y los traumatismos agudos inductores de dolor, la codeína ha encontrado muchos partidarios y con frecuencia se combina con analgésicos más suaves que proporcionan a los pacientes un alivio de amplio espectro. El principal efecto de los narcóticos es deprimir las funciones del sistema nervioso central disminuyendo la transmisión de los signos de dolor al cerebro. Sin embargo, resultan comprometidas otras funciones del SNC (Sistema Nervioso Central) como el control involuntario de los músculos, del sistema motriz y la coordinación. Una sobredosis de cualquier narcótico ocasiona confusión, delirio, pérdida de fluidez verbal, estado de coma y muerte. Por consiguiente, es absolutamente indispensable seguir las indicaciones del médico al tomar cualquier narcótico o sustancia sintética análoga bajo prescripción facultativa. El

efecto a largo plazo de los narcóticos, incluso recetados, es una dependencia física.

Esta dependencia física no va siempre acompañada de degradación hepática, renal o neurológica rotunda u observable, se manifiesta mediante invariables síntomas de abstinencia que incluyen graves dolores de cabeza (que para calmarlos requieren fuertes dosis de narcóticos), convulsiones o temblores, fiebre y/o escalofríos y delirio. Lo que hace que la heroína sea particularmente una terrible droga, es su capacidad para crear adicción después de una única dosis. Los síntomas de abstinencia descritos, pueden ocurrir incluso después de la primera experimentación con heroína, aumentando las posibilidades de una fuerte adicción. Además, la adicción plantea un dilema incluso a las personas con más sentido moral: deben decidir entre practicar el robo para proveerse de una dosis de heroína o sufrir la angustia del síndrome de abstinencia en su estado más terrible. En muchos casos forzados (como cuando no se encuentra otra dosis o se está encarcelado), el síndrome de abstinencia es tan fuerte que llega a ocasionar la muerte.

Estos casos ilustran el grave peligro de la heroína, aunque los casos de adicción que puede provocar una única dosis de heroína son excepcionales, del 3 al 5%. Muchos han sido consumidores ocasionales de opio o de morfina que se han pasado a la heroína, generalmente por vía intravenosa. Después de varias semanas, en que la frecuencia de consumo se incrementa de una vez al mes a los fines de semana, pronto se llega a consumir heroína diariamente y no

se puede dejar sin pasar por una grave experiencia debilitando los síntomas de abstinencia. El heroinómano tiene que comprar droga continuamente y permanecer fuera del colegio o trabajo mientras esté bajo sus efectos. Los adictos a la heroína generalmente pierden sus amistades, trabajos, no descansan lo suficiente, no tienen una seguridad financiera u otras comodidades que proporciona un estilo de vida autosuficiente mientras estén dominados por esa adicción.

Se ofrecen varias vías para el que desee "*deshacerse del vicio*" del consumo de los narcóticos. Una sería abandonarlo rotundamente y de repente, lo que ocasiona el denominado "mono". Sin embargo, este método es casi imposible para la mayoría de los adictos pues los síntomas de abstinencias que tienen lugar son tan fuertes e intensos, que es probable que el adicto elija volver a la utilización de la droga en vez de sufrir esa agonía. Además, enfrentarse al síndrome es sólo la primera parte de la lucha contra la adicción. Seguidamente aparecen los síntomas de abstinencia más intensos, lo que se conoce como "síndrome de post adicción". Es durante este período, que puede durar varias semanas o meses, cuando los adictos en fase de recuperación experimentan depresión, ansiedad y anhelo. Con frecuencia, durante este tiempo vuelven a caer en el consumo de la droga. Otra opción son los programas de mantenimiento, aunque a muchos adictos no le solucionan su problema.

La *metadona* (una sustancia sintética análoga a la heroína) se prescribe con frecuencia como droga a utilizar para apartar la adicción a la heroína. Los

programas de mantenimiento con metadona están prosperando en la ayuda del síndrome de abstinencia y de post adicción para miles de adictos a la heroína. Por sus efectos análogos, aunque más suaves que los de la heroína, se puede llegar a abusar de la metadona, y de hecho se abusa. Con todo, el sistema de soporte que acompaña a los programas de mantenimiento con metadona ayudan a prevenir la recaída de los adictos y es, pensándolo bien, una bendición para muchos miles de ex-adictos.

2.1.4 Farmacodependencia

2.1.4.1 Causas

Existe en nuestros días una preocupación en el ámbito mundial por la extensión e intensidad con que se presenta el flagelo de la drogadicción.

Todos los países están involucrados y atentos a formar una conciencia que permita el control de este mal y por tal motivo buscan no solo prevenir sino tratar de conocer mas profundamente las causas que llevan al hombre a sumarse a las huestes de los adictos.

El hombre desde la antigüedad se ha visto tentado a seguir el camino del placer enfermizo buscando el paraíso a través de la intoxicación descontrolada. Este fenómeno estaba circunscrito a determinadas elites, atraídas por el esnobismo, tratando de despegar de la realidad para encontrar la satisfacción de placeres no posibles de lograr fuera de la intoxicación sofisticada. Por otro lado,

tenemos los que llegan a la droga por problemas psicoafectivos, buscando llenar vacíos que sus afectos no logran compensar.

Pero hoy, y de allí la preocupación generalizada, se ha extendido de tal modo su utilización que podemos identificarla como una *enfermedad social*, pudiendo definirla como "aquella que dañando el organismo y la mente del enfermo, trasciende sus límites, para invadir y propagarse a los otros individuos de su medio, mediante la interacción social; atacando y destruyendo la trama de la sociedad y desencadenando secundariamente vicios sociales tales como la desocupación, la delincuencia, la violencia, la promiscuidad y el deterioro de los vínculos familiares." (Escobar, 1995)

Analizando la farmacodependencia podemos identificar factores básicos que concurren para su presencia.

1. Un agente exterior: la droga
2. Un medio facilitador: el medio sociocultural
3. Un ser humano cuyas carencias lo transformen en terreno fértil para que momentáneamente o permanentemente caiga en el uso de drogas.

Accionar sobre estos factores conducentes resulta la preocupación que ya hemos mencionado, si desmenuzamos cada uno de ellos nos daremos cuenta que tratar de eliminar o minimizar la presencia de la droga es por demás difícil por no decir imposible, ya que sus componentes podrán ser elegidos entre

muchas opciones y que se encuentran en casi todas partes. Un elemento activador es el gran desarrollo de las comunicaciones, la sofisticación de los medios utilizados para su transporte y el crecimiento de las organizaciones destinadas a la comercialización, promoción y distribución de la droga.

Sobre el segundo factor se puede actuar con mayor o menor posibilidad de éxito. Como veremos más adelante existen varios modelos de prevención que han sido creados y modelados para crear en la sociedad un crecimiento cultural que permita neutralizar las condiciones de superioridad con que nos enfrentamos. Esto no solo representa una tarea difícil por la desigualdad de las "armas" empleadas, sino una falta de unidad mundial para tratar de encontrar modelos válidos de lucha.

Por lo expuesto, resulta que lo más adecuado y con reales posibilidades de éxito es el conocimiento y tratamiento del individuo y su medio ambiente inmediato, para que a través de una acción preventiva, activa e intensa se logre proteger al ser humano y por extensión a la sociedad, de ser alcanzada por la enfermedad.

Es indudable que los cambios culturales ocurridos en la sociedad en los últimos años ha favorecido la aparición de un campo propicio para el desarrollo de la "personalidad adicta temprana". Con respecto a los cambios culturales, podemos hacer mención de sensaciones de vacío, carencia de ideales, valores y metas, tendencia a la depresión; sin duda ayudados por las condiciones

socioeconómicas producidas por la globalización, falta de oportunidades y escasez de trabajo que influyen en el desempeño familiar afectando los procesos de desarrollo de la personalidad en los estadios más precoces de la infancia.

Partiendo del concepto *"la droga es una muleta, incapaz de prevenir la invalidez psíquica"*, debemos entonces encarar el estudio de la drogadicción partiendo del análisis del ser humano desde los inicios de su vida, su relación con el medio ambiente inmediato y su desarrollo en las etapas de adolescente y adulto.

2.1.4.2 Perfil de identificación

La farmacodependencia debe ser estudiada dentro de un marco psicosocial, si no hay droga no hay drogadicción.

Otro concepto importante es el de la disposición del individuo a usar drogas. Este fenómeno es inherente a la condición de fragilidad y finitud del ser humano. Debemos tener en cuenta que drogadicción no es un diagnóstico que se corresponde en forma lineal con una estructura de personalidad definida. Es cierto que entre los adolescentes que hoy usan drogas, hay un porcentaje muy significativo de trastornos narcisistas de la personalidad, pero esta no es una condición excluyente, ya que también pueden existir trastornos neuróticos, psicóticos, depresiones graves y otros. Por otra parte hay personas que padecen algunos de estos cuadros y que jamás se drogan.

En primer término, las personas con diferentes patologías podrán usar drogas si existe la posibilidad de tener acceso a su suministro. Donde esta alternativa no existe, la persona podrá desarrollar otras conductas adictivas: el juego, el trabajo, la comida y otros, pero no una drogadicción fármaco-dependiente.

La droga es una necesidad que se registra como una constante a lo largo de la historia de la humanidad, y cuyo fundamento está basado en la incapacidad humana para aceptar la condición de finitud inherente al fenómeno de la vida.

El hombre es el único animal que no acepta su destino biológico que es nacer, crecer, reproducirse y morir. Todos los demás desarrollan esta secuencia aceptándola como un mandato natural.

Para ampliar este concepto Eduardo Kalina (1992) hace una disociación absolutamente artificial, y considera al hombre como un cuerpo y una mente.

El cuerpo del hombre es igual al de cualquier animal, nace, crece, se reproduce (o no) y muere. Tiene que cumplir el destino biológico. Nuestra mente, en cambio, siempre ha querido escapar de este determinismo biológico, y sólo mentalmente podemos intentar trascender los límites que nos corresponden. Nuestra fantasía nos permite hacer cualquier cosa que deseemos, siempre que esta realización sea en el nivel mental. En cambio, en el nivel corporal, físico, la finitud y la muerte como final inevitable de nuestra

existencia es un hecho capital que duele intensamente y cuesta aceptar, y cuanto más débil es una persona más dificultad tiene para tolerar el conocimiento de la realidad que es la vida.

Kalina (op. cit) se refiere a la fragilidad de los adolescentes, en el sentido de aquellos que han sufrido grandes frustraciones, que han lesionado su YO, debilitando y distorsionando sus posibilidades de un normal funcionamiento.

Estos adolescentes tienen más problemas para aceptar sus limitaciones, su finitud, por eso cuando tienen que enfrentarse a situaciones que experimentan como terribles, horrorosas, un recurso defensivo es refugiarse en su interior y si esta interioridad está muy dañada, lesionada, carente de objetos buenos internalizados, producto de relaciones parentofiliales amorosas, que ayuden a encontrar sentido a la vida, es decir, desilusionante, su sensibilidad a la oferta externa de sustancias mágicas que les brinden ilusiones aumentan peligrosamente.

2.1.4.3 Factores que influyen en el desarrollo de la farmacodependencia

Según Kalina y llegando a una gran simplificación, la respuesta es la falta de amor, el abandono y las consecuencias psicológicas correspondientes.

Luego especificaremos otros factores que influyen, y los analizaremos con mayor detalle. Volviendo a la falta de amor, el hombre al nacer y durante una

cantidad de tiempo importante, necesita dedicación, atención y cuidados amorosos para poder desarrollarse e integrarse adecuadamente.

Cuando esta condición falla, vemos entonces aparecer con gran frecuencia los trastornos de la personalidad y también las adicciones. Esto nos lleva a analizar algunos elementos que Kalina (op. cit) considera importantes para explicar el desarrollo de una adicción.

2.1.4.4 Factores constitucionales

Estudiosos de la psicología infantil, consideran que hay niños que nacen con características psicológicas de origen constitucional diferentes, por ejemplo hay niños que nacen con una menor capacidad para tolerar la ansiedad, que son más impulsivos y que tienen características diferentes a otros niños.

Actualmente se está investigando las bases neuroquímicas de la conducta y ya se sabe por ejemplo, que el feto responde con alteraciones del ritmo cardiaco, succión del dedo y movimientos a situaciones de estrés de la madre.

Podemos suponer entonces que a través de mensajes neuroquímicos se va plasmando una pauta de respuestas conductuales en el germen, que después del nacimiento se expresarán en diferencias de respuestas psicológicas entre un niño y otro frente a la ansiedad, el miedo, la frustración y otros.

Tampoco podemos olvidar que la ingestión por parte de la madre de ciertas sustancias como alcohol, tabaco, psicofármacos y otros, también van a ejercer su efecto sobre la evolución y estructuración biopsicológica del feto-futuro hombre.

2.1.4.5 Relaciones objetales tempranas

Si al nacer un niño, su madre está bien sustentada por su pareja y por condiciones ambientales adecuadas, es más posible que pueda ser atendido por ella como un otro.

En esa fase y durante los primeros años el niño, necesita dedicación, amor y cuidados que le permitirán desarrollarse e ir fortaleciendo su YO.

En la medida en que ha recibido mejor calidad de amor, respeto por él mismo y un buen concepto de límites entre uno y otro, va desarrollándose dentro de él, la génesis de una conducta madura.

Todo esto se logrará si las primeras relaciones del niño con la madre son adecuadas y si el objeto primario, la madre, permanece constante y disponible, por lo menos durante los primeros meses de vida.

El alejamiento de la madre o la incapacidad de dar todo este sustento al niño, Kalina (op. cit) lo llama micro o macroabandono, y va a provocar alteraciones de las relaciones objetales tempranas, y por lo tanto dificultará el logro de un YO maduro posteriormente, lo que predispondrá a la aparición de

una adicción, si se cumplen además otras circunstancias, porque este factor recién expuesto no es específico como base predisponente.

2.1.4.6 Depresión Materna

Existe un micro o macroabandono del cuidado del niño en los casos de depresión materna. Normalmente, frente al nacimiento de un hijo las madres tienen reacciones depresivas.

El parto y el período de postparto es una etapa de cambios muy importantes para la mujer. Hay madres que presentan depresiones muy serias, y la persona depresiva es alguien siempre hambrienta de estima.

En esta situación, la madre atenderá posesivamente a su hijo, no porque este la necesite, sino porque ella lo necesite a él, o sino directamente lo abandona.

Este es un proceso que se desarrolla y se extiende en el tiempo, y a través del cual la madre usa al niño para ella misma, venciendo los límites del niño para acomodarlo a sus necesidades.

Se produce una simbiosis que no se va a resolver en forma normal, a través de los procesos de separación - individuación.

Las técnicas de acción para llegar al otro, en vez de las verbalizaciones, las invasiones del territorio del otro y su manipulación permanente, los modelos

tóxicos, los dobles mensajes inductores, las mentiras, etc. van configurando un cuadro particular:

2.1.4.7 Desarrollo del Self: (Si-Mismo)

El niño nace dotado de un equipo psicológico (*self*) que le permite realizar su primera acomodación a la estructura de su ambiente. Su forma y su estilo de adaptación dependerán del interjuego que se da entre sus recursos constitucionales, psíquicos y biológicos, y los vínculos con los objetos que el medio externo aporta (la familia mas próxima) y entre estos dos, los sucesos infantiles.

En este punto, es de fundamental importancia el vínculo que se mantenga entre la madre y el niño.

La capacidad de la madre para soportar la angustia, calmar y dar consuelo, hacen que el niño se sienta bueno, querido y aceptado tal cual es.

Esto estimula la relación afectiva y el contacto con la realidad. El sujeto (bebé) necesita encontrar un objeto (madre) que le aporte gratificaciones que dirija, modele y contenga sus impulsos, que alivie y regule sus tensiones y que lo haga sentir grande e importante.

Cuando la madre no puede responder a los deseos y necesidades del bebé, el self de este, se conforma desvitalizado, depresivo y con importantes sentimientos de vacío.

Esta situación es el germen que en el futuro generará las ansias de dependencia patológica (estructura adictiva).

También, podemos observar que son familias, en general con mala alianza marital, donde muchas veces el precario vínculo que mantiene la relación es un hijo dependiente e inmaduro que canjea su independencia por la enfermedad.

De esta manera, la farmacodependencia pasa a ser el precio que se paga para no crecer. Son familias que suelen tener un pasado con situaciones ocultas, secretos familiares, pasados difíciles, que viven como vergonzosos, con contradicciones y mentiras.

Puede suceder que el padre, una figura ausente de afecto y preocupación por el hijo, que suele tener una apariencia de fortaleza, utiliza la prepotencia para desvalorizar a la madre, acentuando su predominancia, logrando de este modo el desamparo del hijo por ambos, ya que una madre no respaldada por el padre del niño no puede cumplir su rol con tranquilidad.

Es común también, que se trate de padres dedicados de manera exagerada al trabajo, con poco contacto familiar, desinteresados de la educación y aspectos afectivos de sus vidas.

Las características recién descriptas se constituyen en sustratos cargados de hostilidad que estarán en la base de la patología del superyo.

Sobreviene entonces una alteración del sistema de valores y una incapacidad de asumir normas de autocrítica, capacidad de culpa y preocupaciones frente a si mismo y hacia los demás, que devienen en conductas delictivas.

Esta generación de estructuras vulnerables produce un daño más grave en estas primeras épocas, por ser las que encierran el germen del basamento de la personalidad, extendiéndose a etapas posteriores de la educación, que no es otra cosa que la formación del carácter y del sistema de valores a los cuales la persona se ajustará y tomará como guía en la vida.

3.4.1.8. Relación con la figura paterna

Para Kalina (1992), la figura paterna es un factor clave para la aparición o no de una farmacodependencia. Aunque su papel en los primeros momentos de la vida no es tan capital como el de la madre, al dar estabilidad al hogar y al vínculo entre la madre y el hijo, va generando las condiciones más adecuadas para que el buen desarrollo del niño se efectúe adecuadamente.

En la historia de la evolución de un futuro farmacodependiente, la figura paterna no es capaz de sostener las dificultades de su esposa y por otro lado no reacciona frente a la simbiosis madre - hijo, para evitar así hacerse cargo de las necesidades y exigencias de su esposa y/o del hijo.

Lo que constituía una diada de explotación se ha transformado en una tríada de explotación, al utilizarse al hijo para que la pareja subsista.

A través de ese pacto perverso se instala el modelo de "*hacer la vista gorda* ", algo así como una negación parcial pactada, que luego el adicto introyectará y la convertirá en el *modus vivendi*, así como la tendencia de ser un explotador - explotado.

En otras palabras, incorporará una ideología de vida donde una parte de su YO hará la vista gorda a las actuaciones de la otra, en especial en todo lo que respecta a las actuaciones adictivas.

2.4.1.9 Invasión de los límites del otro

En el tipo de relaciones descriptas anteriormente, nadie es un otro como un otro, sino que está al servicio del otro.

Hay una permanente invasión de los límites y se establecen relaciones del tipo narcisista caracterizadas por la manipulación.

Hay además un permanente uso de la negación, por lo que no se perciben o se niegan los que existen en la familia, pues "*se piensan unos a otros*" y no conocen el valor de preguntarle al otro que le pasa.

2.4.1.10 Importancia del cuerpo y negación del mismo en el farmacodependiente, negación de la finitud

En la disociación del cuerpo y de la mente, el cuerpo marca la condición biológica del hombre. El adicto niega esta circunstancia, hace "*la vista gorda*". Siente odio hacia su cuerpo, ya que éste por su finitud le impide vivir la ilusión de la grandiosidad que busca.

Ahora bien, el farmacodependiente vive una paradoja trágica, como todo ser humano necesita y busca un límite para poder integrarse al resto de la humanidad, pero cuando lo encuentra se desespera porque este mismo límite le marca su finitud.

En consecuencia busca sobrepasarlo, atacándolo y buscando una grandiosidad que no puede ser satisfecha, y al encontrar un nuevo límite ante la intolerancia del cuerpo al tóxico, reaparece nuevamente la condición de finitud.

Observemos que en este juego se reproduce un modelo interpersonal familiar, donde siempre se espera de él (o se desea) algo que no puede cumplir.

Su búsqueda incesante de genialidad responde a su necesidad de corresponder a ese deseo. Así, esto se repite una y otra vez, hasta llegar a la sobredosis, que representa la posibilidad de marcar un límite que detenga el ciclo, el límite máximo que es la muerte.

Esta negación del cuerpo y su finitud se complementa con el sentimiento que tiene el adicto de tener un YO demasiado frágil, que ha sido invadido y explotado desde pequeño sin respeto a sus límites.

Cuando encara su vida no tiene fuerzas para enfrentar los límites de la realidad externa, y entonces recurre a las drogas que operan como una fuerza extra que le ofrecen la ilusión de poder vivir una existencia con una menor vulnerabilidad que la que realmente tiene.

2.1.4.11 Constelación y personalidad preadictiva

Los estudios sobre el problema de la adicción señalan que no hay trastorno de personalidad o condición psicopatológica específica en la base de las adicciones. Pero también plantean la existencia de algunas características que se llama "*constelación preadictiva*".

En el perfil del farmacodependiente hay que buscar los modelos familiares que complementan los factores predisponentes al desarrollo de esta enfermedad.

A través de mensajes verbales y no verbales la familia se encarga de mostrar al niño una serie de conductas adictivas que tienen que ver con el uso abusivo de medicamentos, en especial psicofármacos, tabaco, café, trabajo, comida, etc.

Con estas conductas está dando un mensaje de cómo enfrentar las vicisitudes de la vida, lo que unido a otras condiciones externas va a generar la adicción futura.

Muchas personas, adolescentes y adultos usan o experimentan alguna vez con drogas; sin embargo no se convierten en farmacodependientes, los que se transforman en drogadictos son los que tienen una "*constelación preadictiva*".

El uso indiscriminado de medicamentos, el uso del tabaco en forma compulsiva frente a cualquier ansiedad, el uso de alcohol o de comidas frente a la ansiedad, o el comprar o trabajar o hacer cosas compulsivas para calmar la angustia va construyendo en el hijo, un modelo donde el pensar, esperar y controlar los impulsos no existe; en cambio la acción y especialmente la acción tóxica sustituyen el pensar.

Así se genera una personalidad preadictiva que al juntarse con la droga pasa a la categoría de adicta.

En otras palabras, en estos grupos familiares o equivalentes no se aprende el control de impulsos porque no existe nadie que lo enseñe. No hay modelos coherentes de reflexión, de espera.

El farmacodependiente está siempre pidiendo, es decir buscando la gratificación inmediata porque no aprendió a mediatizar el impulso con el pensamiento.

Es un ser crónicamente "*hambriento*". Por estas características es que Sigmund Freud planteó la importancia de fijaciones orales en la dinámica de la adicción, y en esta fijación se fundamentó la clásica descripción de la existencia, en la personalidad del adicto, de un YO débil, incapaz de tolerar las frustraciones.

Estos grupos familiares o equivalentes, pueden ofrecer, modelos simbióticos o cismáticos. En ambos predomina la rigidez de los roles, separados en el cismático y mantenidos juntos por encolamiento en los simbióticos como fundamento para la subsistencia del vínculo parental.

Estos conceptos nos explican la falta de repertorio de recursos psicológicos que en un futuro presentarán los adictos para enfrentar las dificultades de la vida.

Dentro de la constelación y personalidad preadictiva debemos reiterar aquellos factores de índole sociocultural que inducen el desarrollo de las adicciones. La cultura alcohólica y tabáquica de nuestro país es un ejemplo de esto.

2.1.5 Adolescencia y farmacodependencia

La adolescencia es una etapa de cambios tanto físicos como psíquicos para el ser humanos.

Dentro de los cambios psíquicos podemos mencionar:

1) **Los impulsos instintivos.**- La pubertad, con el desarrollo de la capacidad reproductiva y orgásmica, trae aparejada una eclosión de la sexualidad que muchas veces toma "*por sorpresa*" al adolescente aun no habituado a satisfacer sus deseos sexuales.

Esta irrupción incipiente de la sexualidad genital se pone de manifiesto tanto en sensaciones físicas, -sus preocupaciones románticas, su masturbación, sus escrúpulos morales y sus obsesiones sexuales- como en las costumbres grupales o la vestimenta, tendiente a seducir al sexo opuesto.

Ahora bien, en la mayoría de las concepciones psicológicas tradicionales, se ha tendido a centrar el proceso de transformación adolescente en el desarrollo de su sexualidad. Sin duda este es un aspecto fundamental, pero por cierto que no el único. A las otras transformaciones nos referimos a continuación.

2) **El YO**, ó sea el agente encargado del gobierno y distribución de los impulsos. Todo el sistema defensivo, los mecanismos que utiliza el YO para protegerse, están sometidos a una mayor presión y el YO tiene que modificarse para afrontarla. Pero los cambios del YO, no se reducen a sus funciones en relación con los impulsos instintivos; también se consolida, en el comienzo de la adolescencia, la transición del pensamiento concreto a otro de mayor nivel de abstracción, simbólico.

3) *Surgen nuevos objetos de amor.*- Se produce una desidealización de las figuras parentales que priva al joven de la protección omnipotente que le significaban sus padres cuando él era pequeño.

Asimismo, existen fuertes contradicciones entre la tendencia del joven a alejarse de sus objetos infantiles de amor, asimilando previamente en su personalidad características de sus figuras parentales, y el hecho de que estas identificaciones se vuelvan más y más prescindibles.

Hay oscilaciones erráticas del humor, vaivenes emocionales en el transcurso de los cuales se suelen restablecer antiguas formas de relación objetal. Inconscientemente se reaniman fantasías de fusión con los objetos, merced a las cuales el joven intenta fortalecerse y protegerse de la sensación de fragilidad que le produce la pérdida de la imagen de sus padres vistos como todopoderosos en sus primeros años.

Esto se pone de manifiesto en la búsqueda de ídolos y líderes que satisfagan estas necesidades primitivas de idealización, al tiempo que le permitan tomar distancia de sus antiguos amores familiares.

También aparecen las llamadas vivencias del vacío. El adolescente atraviesa necesariamente por momentos en los que se siente vacío y teme esa sensación desagradable que se reitera sin que él pueda gobernar su aparición.

A veces la sensación de vacío se liga a alguna razón conocida: la pérdida de algún amigo/a, o un novio/a, la muerte de algún ser querido, un fracaso escolar. La vivencia de vacío consiste en una experiencia dolorosa y perturbadora que los jóvenes a veces llaman "*depresión*". No es tristeza, mas bien es hastío, desinterés, sensación de futilidad ante la vida, así como pérdida de la normal capacidad para enfrentar la sociedad y sobreponerse a ella.

Las vivencias de vacío, tal como los sentimientos de vergüenza, inferioridad y los procesos de idealización y desidealización son resultado de fenómenos de desequilibrio narcisista, perturbaciones en los sectores de la personalidad que regulan el estado del si-mismo (self) y la valoración que el individuo hace de si mismo, su autoestima.

Ahora bien, desde la timidez vergonzante hasta la desfachatez y los aires grandiosos de superioridad, desde la introversión inhibida hasta la arrogancia, podemos adscribir sin dificultad estas características de los fenómenos de desequilibrio narcisista a un joven que esta atravesando una adolescencia normal, siempre y cuando no constituyan pautas rígidas y estereotipadas de funcionamiento y en tanto se alternen con momentos de alegría, entusiasmo e ilusiones esperanzadas.

La adolescencia es la etapa más susceptible para desarrollar una drogadicción, pues es el período de resolución del proceso simbiótico.

Es cuando se produce la separación-individuación, la separación del grupo familiar, el duelo por la exogamia y el enfrentamiento con el mundo externo.

Si el adolescente tiene un YO débil, producto de todos los factores expuestos anteriormente, entonces va a necesitar una fuerza extra para poder cumplir con este desafío, y si tanto la familia como la sociedad le muestran que las drogas son el combustible adecuado para afrontar las exigencias de la vida, él podrá poner en marcha la *"experiencia tóxica"*

Una de las patologías más susceptibles de ser vulnerable, es la de los trastornos de la personalidad, en especial en los casos de personalidad fronteriza, porque son seres deficitarios en su personificación.

En síntesis, si nos colocamos ante las realidades que debe enfrentar el adolescente de nuestra época, y si le sumamos la estresante tarea de asimilar los cambios propios de su crecimiento, tanto corporales como psicosociales, se hace aún más claro comprender por qué los adolescentes son una población de alto riesgo.

En la adolescencia, las emociones y riesgos son buscados porque consolidan el sentimiento del sí-mismo. Un joven lo explicaba mejor: *"solo se tiene la máxima seguridad de estar vivo, y bien vivo, cuando un escalofrío te recorre la espalda"* .

Lichtenberg, un autor que ha estudiado profundamente la búsqueda de emociones y riesgos, dice que por ello, es parte de este "*desafío regulatorio*" para los padres ver como sus hijos se exponen a emociones ante las cuales el sí-mismo del chico se refuerza, y el riesgo es controlado. Un antecedente y prototipo infantil de ello es la sensación de ser arrojado al aire y caer en los brazos fuertes y seguros del padre.

El adolescente busca emoción y riesgo en un intento de expandir y consolidar su sí-mismo, mientras mantiene estas experiencias bajo su control, con cierto grado de autorregulación. Quiere ser él mismo quien elija cual riesgo asumirá y cual no. Quiere él decidir cuales serán sus modelos, cuales sus rivales en estos desafíos.

El también deseará elegir en que "*brazos*" confiar para que lo sostengan; un líder político, su entrenador deportivo, una novia o un novio, o el amigo más influyente de su grupo, que ahora ha conocido el "*excitante*" mundo que le provee la marihuana.

Toda esta actividad del adolescente transita el terreno de la normalidad, y mas allá del éxito o fracaso de los intentos, usualmente es beneficiosa para su desarrollo. El joven aprende de los demás y de si mismo. Pero, he aquí una de las injurias que nuestro tiempo produce en la juventud, esa demanda de emociones y riesgos puede hallar la oferta de la droga, provista muchas veces por el grupo, al que el adolescente necesita como marco de referencia.

Es cierto que las distorsiones sensorio-perceptivas que producen las drogas adictivas suelen provocar una perturbación del sentido del sí-mismo mas que esa consolidación que el joven busca. Pero no es menos cierto que merced a las drogas se viven emociones hipertensas y las modificaciones del esquema corporal crean la ilusión de una expansión del self. Por otra parte, el solo hecho de consumir algo prohibido entraña un desafío personal que, para colmo, a veces es compartido por otros amigos o ídolos especialmente valorados por el adolescente.

El proceso de transformación adolescente es naturalmente más complejo que esta apretada síntesis, pero a nuestros fines lo importante es que en todas las características mencionadas podemos encontrar motivos internos de peso, para acercarse a la droga. No es menos cierto también que de igual modo hallamos en los jóvenes fuertes razones para combatirla, sustentadas en poderosos ideales y valores éticos.

En términos generales podemos decir que la perturbación del equilibrio ya mencionada acarrea sentimientos tanto *placenteros* como *displacenteros*. Los placenteros van desde la sana alegría y frescura juvenil hasta estados de franca exaltación del YO. Los sentimientos displacenteros oscilan entre la inferioridad, la vergüenza y culpa ya nombradas, hasta estados de tristeza, de esa vasta, difusa y a veces profunda melancolía adolescente tan bien descrita por muchos poetas.

Ahora bien, con frecuencia los adolescentes perciben que muchas sustancias psicoactivas permiten un alivio transitorio a esos estados disforicos y también una huida temporaria de otras circunstancias vitales externas desagradables, de orden familiar o social.

La droga constituye, en este sentido, el intento de restablecer el equilibrio perturbado por estos procesos de reacomodacion psíquica. Aquellos jóvenes que por factores constitucionales o ambientales presentan un umbral bajo, la tolerancia a la frustración y poca capacidad de soportar el sufrimiento y esperar su recuperación espontanea, padecen más intensamente la desarmonía emocional de su edad y caen con mas facilidad en esta seudosolución química.

En Panamá, según el documento titulado "La Justicia Antes de los 18" señala que: "Durante la década de los años 90, los tipos de delitos en los que se observó una mayor incidencia relativa en la comisión de delitos por parte de los menores de edad en relación con los adultos. son aquellos relacionados con el consumo, tráfico y posesión de drogas", registrándose además durante el periodo de enero a junio de 1998 un total de 90 adolescentes detenidos por posesión de drogas y 8 por consumo de drogas de un total de 430 reclusos.

2.1.5.1 La Presión Social

Decíamos que el joven se halla en una búsqueda de nuevos objetos extrafamiliares para experimentar, y luchar contra su propia dependencia infantil de las figuras parentales. En consecuencia, pasa a depender en mayor grado de

su grupo social y se torna mas influenciable en sus opiniones, costumbres y hábitos por la presión que ejercen los medios modernos de comunicación, que muchas veces presentan el consumo de drogas como privilegio exclusivo, placentero y excitante.

De un modo más directo aun, la necesidad de nuevas figuras de identificación alienta la incorporación de patrones de conducta pertenecientes a otros jóvenes o adultos mas o menos cercanos, que gocen de estima, prestigio y reputación. Esto puede brindar al adolescente que sufre por su debilidad relativa una sensación de madurez y pertenencia grupal en la medida que consume drogas. Le facilita también el afrontar situaciones de honda angustia social. Cree sentirse mas fuerte, mas aun si, como ocurre especialmente merced al uso de algunos alucinógenos, se siente cohesionado con sus pares y con sus ídolos.

Enfocando el consumo de drogas desde la perspectiva de la sociedad, podemos observar como muchos adolescentes, vacilantes por naturaleza en cuanto a su ubicación grupal, pueden utilizar el consumo de drogas en su intento por diferenciarse tanto del grupo desvalorizado de los niños como del de los adultos, al que de esa manera combaten también en sus preceptos.

También es necesario considerar la influencia que tiene la imagen que brindan los padres y la presión que ejerce el grupo social a través del uso de drogas "*legales*". El consumo de alcohol y tabaco es parte integral y crucial de la secuencia adictiva. Su uso precede, prácticamente siempre, al de las drogas

ilegales, independientemente de la edad en que se inicie el consumo estas últimas. Es muy raro el comienzo directo con drogas ilícitas.

Las primeras sustancias que los jóvenes suelen experimentar son alcohol y tabaco (cerveza, vino y cigarrillos). Mas adelante pasan a las bebidas blancas y/o a la marihuana. También es muy raro que se utilicen otras drogas ilegales como la cocaína o los opiáceos sin pasar previamente por la marihuana.

Se desprende de esto la influencia toxicomanígena perniciosa que pueden ejercer al respecto sobre el niño el consumo abusivo de alcohol, cigarrillos o tranquilizantes por parte de los padres, modelos tempranos de identificación.

A veces la falla del medio familiar radica en su insuficiencia para proveer seguridad y calma al niño que por cualquier suceso cotidiano esta angustiado, con temor o ansiedad por motivos internos o externos. El abrazo tierno, que permite una fuerte de fusión del niño con su madre o padre serenos, es en ocasiones imposible por la magnitud de la angustia o irritación que sufren los propios padres.

Naturalmente, la acción patógena no se ejerce en episodios únicos o aislados sino por efecto de una sucesión acumulativa de pequeños traumas. Esto determina un déficit estructural de la personalidad, en aquellos aspectos que al desarrollarse proveen al individuo de la capacidad de autoapaciguarse, de tolerar y atenuar su angustia, de evitar su difusión.

Mas adelante estos individuos buscarán en las sustancias psicoativas un elemento compensatorio que les permita eludir la invasión de angustia que ellos no pueden evitar con sus propios recursos.

Ahora bien, no podemos abandonar el tema de la presión social sin referirnos al contagio, al papel que cumplen adictos y traficantes en la difusión del consumo de drogas.

Existe una vasta mitología popular acerca de vendedores siniestros y viciosos que corrompen a jóvenes ingenuos a través del engaño o la seducción. Sin embargo, esto es usualmente falso. En términos generales, los traficantes de drogas comercian con clientes conocidos y habituales, y prefieren no arriesgarse a vender su mercancía a desconocidos por mas jóvenes e inocentes que parezcan.

Como lo señala el informe norteamericano sobre la Estrategia para el Control de las Drogas, quienes no se han iniciado en el consumo rara vez aceptan una sustancia desconocida de una persona extraña,

Mas aun, es muy infrecuente que un adolescente haga un esfuerzo individual para buscar drogas por primera vez. En realidad no es necesario, porque las experiencias iniciales con drogas surgen del ofrecimiento de otros consumidores con los que se tiene un vinculo personal.

2.1.5.2 La amistad

Al entrar un adolescente en el terreno de la adicción, renuncia a un tipo de mundo con determinados valores éticos y mediante su mutación entra a formar parte de otro, donde no existe tal ética y por lo tanto no puede existir la amistad, que significa un tipo de vínculo que requiere como condición indispensable el respeto al otro como *un otro*, complementado por una historia en común que puede tener muchas variables en cuanto a la situación y al tiempo de duración.

La vinculación por factores miméticos circunstanciales y/o parciales es la característica esencial de los vínculos entre los adictos.

En vez de identificaciones asimiladas y producto de interacciones a través del tiempo, en el mimetismo basta verse, usar algunos términos semejantes cargados de significados mágicos y *ya somos amigos*. Posteriormente el cemento vincular en vez de ser el amor es el miedo.

Los farmacodependientes pertenecientes a su grupo de "amigos" rápida o lentamente intentarán sabotear sus logros, pues sino su esclavitud se les vuelve patética y en cambio intentan salvarse maniacamente realizando racionalizaciones como: *"mal de muchos, consuelo de tontos"*, *"somos los adictos, los demás son los caretas"*, etc.

Como hemos dicho anteriormente un adolescente por experimentar con drogas no se vuelve necesariamente adicto, existe una personalidad previa en la

cual coexisten factores predisponentes que hacen que ciertas personas sean vulnerables al proselitismo del adicto.

Pero en un mundo en crisis como el que vivimos actualmente, estos factores predisponentes existen con una frecuencia abrumadora.

2.2 Prevención

Este concepto aún es objeto de confusión con el de Promoción, es una de las tres (3) grandes estrategias de la Salud Pública, constituyendo el punto intermedio entre las otras dos (2): Promoción y Tratamiento.

La prevención como forma de intervención en las profesiones de ayuda, es cada vez un objeto máspreciado. Su desarrollo proviene principalmente de las ciencias médicas.

La prevención estaría dada en poder modificar las condiciones, desarrollar un trabajo preventivo trabajando con todas las redes sociales

Es muy difícil clasificar los procesos adictivos por su grado de complejidad y diversidad, también por la problemática de identificar si la adicción es un síntoma o constituye una enfermedad central.

Tomando como referencia los factores dinámicos de la personalidad, nos permitiría ordenar las diferencias entre síntoma y enfermedad encontrando una base estructural común. Problemas conductuales del paciente drogadicto

(orígenes psicodinámicos), y la estructura de su psiquismo nos presenta una comprensión más profunda y amplia que puede ser utilizada:

- Para establecer el tipo de tratamiento
- Para conocer y evaluar el pronóstico
- Para ilustrar los métodos y oportunidades de los programas de prevención.

Hemos hablado de tener en cuenta los vínculos tempranos como condicionamientos de los problemas adictivos, podríamos dar una guía práctica general para la prevención y terapéutica clínica:

- Necesidad de una correcta empatía entre padres y niño
- Que los padres superen sus problemas narcisísticos
- Que los padres posibiliten al niño la experiencia de sostén, protección física y afectiva a la posibilidad de experimentar frustraciones, límites graduales y adecuados a la fase de desarrollo que permitan y estimulen la formación de estructuras
- La adaptación, la capacidad de tolerancia a la angustia y la frustración
- El reconocimiento del NO-YO y la renuncia a la omnipotencia infantil.

La orientación de los padres para la prevención en este sentido también apunta a evitar los mensajes contradictorios dado que cumplen un papel fundamental en la cura y prevención de sus hijos (principalmente adolescentes).

Para cumplir con la función de prevención es necesario informarse y formarse de las características clínicas, psicológicas y sociales de la drogadicción.

Las mejores posibilidades de prevención de muchos males sociales devienen de la estructuración de una sociedad sana donde el amor, los anhelos, el fervor, la lealtad no sean vanas palabras.

En nuestro país los programas de prevención se inician con los aportes de la Dra. Jean de Lesse, quien dirigía el programa de Alcohol de la Caja de Seguro Social y en la Clínica del Alcoholismo en el Hospital Santo Tomás, en donde puso en práctica las ideas del Instituto Nacional sobre Alcoholismo de Costa Rica.

Surgen también como respuestas a la preocupación por el excesivo consumo de drogas y alcohol, los Grupos de Alcohólicos Anónimos y los Grupos de Auto Ayuda, para dar apoyo a personas con estos problemas. Continúan los esfuerzos en esta área y en la década de los ochenta, el Ministerio de Educación, en conjunto con el Ministerio de Salud, la Caja de Seguro Social y la Cruz Blanca Panameña, una O.N.G., dedicada a la Prevención de Drogas, crearon el Primer Programa Intersectorial de Drogas en Panamá.

Así, el Ministerio de Educación, estableció un “Programa Preventivo de Uso Indebido de Drogas en Escuelas”, en el año 1982, con el cual colaboraron otras instituciones tales como: Ministerio de Gobierno y Justicia, las fenecidas Fuerzas de Defensa, la Universidad de Panamá, las Asociaciones de Padres de Familia de las diferentes escuelas y el Ministerio de Salud.

En 1986, mediante Ley 23 de 30 de diciembre se crea “La Comisión Nacional para el Estudio de Delitos Relacionados con Drogas” (CO.NA.PRED.), integrada por instituciones gubernamentales y No Gubernamentales, dando así inicio oficial al trabajo de Prevención.

Posteriormente es reformada por la Ley 13 de 27 de julio de 1994 y estipula que CO.NA.PRED. es un organismo técnico administrativo del Estado creado para el estudio de los mecanismos tendientes a la prevención de las actividades ilícitas relacionadas con drogas y para la rehabilitación de estas conductas. Esta comisión está integrada por once representantes de Ministerios e Instituciones Gubernamentales y No Gubernamentales tales como:

- Ministerio Público, representado por el Procurador General de la Nación (quien la preside).
- Ministerio de Gobierno y Justicia.
- Ministerio de Educación.
- Ministerio de Hacienda y Tesoro.
- Ministerio de Hacienda y Tesoro.

- **Magistrado del Tribunal Tutelar de Menores.**
- **Presidente de la Cruz Blanca Panameña.**
- **Rector de la Universidad de Panamá.**
- **Jefe de la Iglesia Católica.**
- **Presidente de la Comisión para el Control y la Erradicación de la Droga y el Narcotráfico de la Asamblea Legislativa.**
- **Un Coordinador designado por el Órgano Ejecutivo.**

Tiene como objetivos generales, los siguientes:

- 1. Inculcar y promover un sentido solidario y de responsabilidad compartida en cada ciudadano y cada institución ante la tarea de prevenir y erradicar el flagelo del uso indebido de droga ilícita en Panamá.**
- 2. Establecer los mecanismos tendientes a la prevención de las actividades ilícitas relacionadas con drogas y para la rehabilitación de quienes sean sujetos activos de estas conductas.**
- 3. Implementar, coordinar y ejecutar un sistema nacional de prevención integral sobre el uso indebido de drogas ilícitas, de conformidad con las leyes, acuerdos y convenciones nacionales a fin de salvaguardar la comunidad panameña.**

En 1986 fue creada la fundación PRIDE de Panamá, siguiendo los lineamientos de PRIDE Estados Unidos (Parents Resources Institute for Drug Education) el cual fue creado en 1977 en la ciudad de Atlanta, Georgia, para organizar a padres de familia en el ámbito comunitario para la prevención del uso de drogas.

En 1987 surge el Programa de Dependencia Química en el Hospital Psiquiátrico Nacional, el cual se dedica a la rehabilitación de los pacientes con problemas de adicción.

La Caja de Seguro Social desarrolla en materia de prevención una gran labor, a través de la docencia y de implantar charlas en instituciones públicas, privadas y en las escuelas.

Es importante señalar, que a través de los años muchas instituciones han establecido sus programas de prevención del uso de drogas, e inclusive de ha instaurado el día 28 de junio, como día nacional de la prevención del uso de drogas, como una medida para crear conciencia acerca de este problema, que cada día se incrementa, desconociendo edades, clases sociales, sexo o religión.

2.2.1 Tipos de Prevención

Los planes de prevención deberán tener en cuenta cuales son las influencias nocivas que proyecta la sociedad sobre la patogenia del adicto y que influyen en la postergación de su curación.

Deben entenderse como:

1. **Prevención primaria:** Todo aquello que se efectúe con respecto a la macro comunidad en su conjunto, actuando antes que la drogadicción se manifieste. (EVITAR)
2. **Prevención secundaria:** Es la que trata de limitar la enfermedad ya declarada, asistiendo terapéuticamente al adicto. (TERAPEUTICO)
3. **Prevención terciaria:** Es la que trata de recuperar al máximo el potencial de la persona. (REHABILITACION)

También se puede clasificar a la prevención en:

1. **Prevención específica:** Es la que se relaciona directamente con el fenómeno.
2. **Prevención inespecífica:** Son las acciones generales no relacionadas directamente con el fenómeno.

Hay una interrelación permanente entre un tipo de prevención y otra. Como ejemplo podemos citar que en la medida que se esta trabajando sobre la reinserción social, se está haciendo también prevención primaria y secundaria.

2.2.2 Modelos de Prevención

Existen cuatro modelos tradicionales que toman en cuenta tres elementos:

- **SUSTANCIA (droga), MEDIO y PERSONA:** que se han planteado dentro de las causas de la farmacodependencia.

Los cuatro modelos representan el marco conceptual que toma quien trabaja en acciones de prevención. Al mismo tiempo representa una determinada ideología, una forma de pensar la realidad. Por eso es importante determinar el enfoque del modelo seleccionado.

2.2.2.1 Modelo Ético- Jurídico

Centra el análisis en la sustancia (droga). La droga es la protagonista.

Clasifica a las drogas en: a.) legales, b.) ilegales

Para este modelo la droga es activa en sí misma. La persona es la víctima y también el delincuente. Que es una contradicción en este modelo. La categoría social que toma sería la del vicio. Es una categoría moral y un delito.

En cuanto al medio social, se expresa en la ley con un criterio normativo. La norma señala la barrera que separa lo ilegal de lo legal, lo prohibido de lo permitido, lo bueno de lo malo en términos absolutos.

Toxicomanía es la palabra que mejor representa esta postura, ya que el criterio que utilizan para hablar de droga es: tóxico. Utilizado, aunque cada vez menos, en juzgados, policía, psiquiatría clásica.

Entonces aquí podemos identificar:

1. La prevención primaria estaría dada en la información de las sanciones (si la droga te atrapa vas a la cárcel) y en la eliminación del mercado de la droga.
2. La prevención secundaria estaría en la encarcelación (aislamiento-marginación) que sería el tratamiento para la posterior reinserción social. O sea, la prevención terciaria.

2.2.2.2 Modelo Médico- Sanitario

Como en el modelo anterior centra el análisis en la sustancia. La droga es el agente que infecta a las personas. Clasifica las drogas en a.) inocuas y b.) peligrosas.

Haciendo una comparación con la anterior, agregaría a las ilegales, como peligrosas al tabaco y alcohol.

Al considerar a la droga como activa en si misma, comparte con el modelo anterior el concepto de droga como flagelo. El flagelo que azota la humanidad, como en épocas anteriores fueron las plagas y pestes consideradas castigos

divinos por los pecados de los hombres. La persona es el huésped en donde se aloja la droga.

El medio es el entorno en donde se trata de detectar la población vulnerable ante este agente peligroso, señalándose entonces los factores de riesgo.

Estos factores de riesgo son determinados grupos económicos, demográficos, sociales etc.. Existe el peligro del contagio y se considera a la adicción como una enfermedad (la droga con su acción enferma a la persona) Se toma el criterio de nocividad.

La prevención primaria estaría basada en la información y no en las sanciones como en el modelo anterior. Apunta más al daño que causa. También creando programas sustitutivos. La prevención secundaria estaría dada por la internación (el tratamiento), que aísla y margina al sujeto para lograr la reinserción social (prevención terciaria).

2.2.2.3 Modelo Psico-Social

En este modelo se traslada el protagonismo a la persona. No interesa el tipo de droga que se consume.

Este modelo centra su atención en el vínculo que tiene el individuo con la droga, para determinar si ese vínculo es de dependencia.

La adicción sería un síntoma individual. Considera también que el adicto es un enfermo, pero con la diferencia que la adicción no es una enfermedad. La enfermedad está en una situación estructurada tapada por la droga, generalmente en la familia o grupos de pertenencia.

La prevención primaria estaría en la información y formación de grupos de orientación, por ejemplo, para madres a fin de mejorar su comunicación con los hijos, para optimizar los vínculos familiares. La prevención secundaria sería la psicoterapia, que son acciones de prevención inespecíficas ligadas al campo de la salud mental.

2.2.2.4 Modelo Socio-Cultural

De acuerdo a este modelo, el origen del problema es el medio macro-social, la estructura social. Este marco social operaría sobre la persona como un estímulo de tensión y para aliviar esta tensión la persona recurriría a la droga como evasión por la realidad, sin considerar otros factores.

La adicción se considera un síntoma pero la diferencia radica en que aquí se lo toma como un síntoma social como algo que nos muestra que pasa en la sociedad.

La prevención primaria estaría dada por la modificación de las condiciones sociales, por ejemplo, que no haya desocupados. Son acciones de prevención inespecíficas que están ligadas al campo político.

2.2.2.5 Modelo Ético – Social

Los anteriores modelos dan una lectura parcial del fenómeno que nos ocupa. Se generó la necesidad de contar con un modelo más abarcativo.

Los modelos tradicionales aparecen como analíticos, analizan el fenómeno pero se queda solo con una parte de él. Se paleteó la necesidad de un modelo de síntesis que no es una sumatoria de partes (de cada parte que toman los otros modelos), sino que toma en cuenta los aspectos parciales pero los sintetiza en una nueva producción.

Así surge este modelo en el cual el trabajo se hace a partir de dos ejes:

- El *eje del tiempo libre* considerando tiempo libre al que apunta a tener un proyecto con sentido. El adicto aparece sin proyectos. La acción preventiva debe facilitar la aparición de proyectos personales que van a encontrar sentido en un proyecto social.
- El *segundo eje es la participación*. Plantea una ética que puede surgir de este proyecto común, es una ética que puede admitir las diferencias, el disenso, no es la ética del modelo ético-jurídico basada en una categoría absoluta (legal-ilegal, bueno-malo). Esto está ligado a una metodología que se diferencia de los otros modelos.

Los modelos tradicionales plantean: Hay un EMISOR (alguien que sabe, por lo tanto tiene el saber, al tener el saber tiene el poder) que emite un MENSAJE a

un RECEPTOR (alguien que no sabe, que pasivamente recibe lo que es propiedad de otro).

La metodología del modelo ético-social es la llamada metodología circular, en donde no se habla de transmisión de información.

El receptor no está en el lugar de no saber porque llega con una serie de información sobre el tema (buena o no). Es decir que existen contenidos. Estos contenidos muchas veces están arraigados en el prejuicio o en construcciones míticas como por ejemplo: ¿se considera droga agregar una aspirina a la bebida cola?

Se pretende que estos contenidos implícitos pasen a ser explícitos, que se los manifieste, que pueda preguntarse si es verdad lo de la mezcla mencionada. En la medida que esto se explicita se va construyendo el mensaje que se constituye en mensaje común y puede constituirse en un proyecto (que podemos hacer todos para prevenir) y esto apunta al compromiso que es un tema de todos.

El instrumento de prevención no necesariamente puede ser la charla o el audiovisual. Estos son medios auxiliares pero no constituyen en si mismos una acción preventiva, por ejemplo una escuela solicita a especialistas una charla sobre prevención y una vez terminada dicen, bueno ya esta, ya terminó.

Esto solo sirve para cumplir con un objetivo inmediato pero no puede considerarse una medida de prevención.

La acción preventiva consiste en ir generando modificaciones en las actitudes, en las formas de relación, en poder tolerar las diferencias.

2.2.3. Legalización de la Droga

Según Durkheim (1982), en la sociedad antigua el hombre estaba determinado por sus antepasados, en la sociedad actual, el lugar de cada uno no está prefijado de antemano (en el mejor de los casos ante cambios tan bruscos, el hombre se adapta, no se desestabilizan los valores, cuando esto no sucede el hombre cae en un estado de *ANOMIA* de perplejidad). Cuando los valores se pierden la vida no tiene sentido (suicidio). Esto último está exacerbado en el adicto (suicida a largo plazo), la falta de justicia de las sociedades modernas trae aparejado este sentimiento de anomia (perplejidad), con la consiguiente desorganización social. Las religiones han sido desbordadas y las sectas absorben a los que andan por el mundo anómicos.

En nuestra sociedad consumista donde se premia el éxito y no el esfuerzo, el hombre pasa a ser otro bien de consumo. Su valor está determinado por el precio que obtiene por sus servicios, entonces su valor reside en el juicio externo. Así aún cuando satisface sus necesidades y en la medida en que satisface los deseos del afuera sigue sintiéndose vacío.

El adicto actualmente es considerado por nuestra sociedad como marginal (como categoría social). Cada sociedad tiene una particular visión de lo que considera dentro y fuera de ella. Tiene un marco de referencia interno conformado por todo lo que la sociedad acepta o incluye dentro de ella. Tiene una clase dirigente encargada de bajar las leyes o normas que regulan la convivencia y permiten alcanzar los ideales sociales.

Dada la ley o norma existen distanciamientos que suceden cuando la persona no puede llegar estos ideales sociales a través de la ley y cuando más se alejan de la norma más se acercan al punto de *MARGINALIDAD*, que se encuentra fuera del marco de referencia interno de la sociedad. Este punto de marginalidad se lo va a otorgar al *adicto* y a todos los que de alguna manera transgredan la norma.

La particularidad del adicto es que ese punto de marginalidad es buscado por el adicto mismo, ya que él busca *evadirse* y a esto se lo denomina *marginalidad sumante*.

A menudo nos encontramos con personas que rompen con este cuerpo social, que constituyen un emergente enfermo que trata de convertirse en el nuevo núcleo que aglutina a los demás y considera enfermo al núcleo del que salió.

Actualmente se ve al consumo como una búsqueda de *inclusión* en la sociedad, así que ya no hablaríamos de marginalidad sino de inclusión. Nuestra

sociedad acepta sustancias como tabaco y alcohol y a las demás las margina (no se ve de la misma forma a un alcohólico que a un cocainómano). Antiguamente el adicto significaba una forma de protesta a la sociedad en la que habitaba, ahora lo hace para poder sobrevivir en la sociedad exigente, hipercompetitiva y consumista en la que está inmerso y de la que no puede salir.

Savater hace un planteamiento que lo explicita a través de diez tesis.

1. La primera refiere que todas las sociedades han conocido y utilizado drogas en forma abundante, a veces ligado a rituales religiosos. Las han adorado y en muchas ocasiones han abusados de ellas. Hoy nuestra cultura como todas las demás, conoce, utiliza y busca drogas.
2. La segunda defiende que el derecho jurídico de habeas corpus (libertad de uso del cuerpo) hay que extenderlo a todos los actos del individuo, incluso al que lo lleve a su propia destrucción.
3. El tercero hace referencia a que prohibir la droga en la sociedad democrática es tan injusto como prohibir la pornografía, la heterodoxia religiosa o política. Es decir que lo que daña es la prohibición.
4. La cuarta dice que lo peligroso es la adulteración, la falta de información y por lo tanto no estar preparados para manejarlas.
5. La quinta al defender su postura dice que las drogas pueden ser tan peligrosas como el alpinismo, el automovilismo o la minería, el exceso sexual, la credulidad política y la guerra.

6. La sexta se pregunta porque prohibir el placer, los drogadictos que quieren abandonar su manía deben ser ayudados por la sociedad, tal como el que desea divorciarse o cambiar de religión. Para justificar ese costo que debe soportar la sociedad hace la comparación con los accidentes de trabajo que se producen y representan costos sociales y sin embargo nadie se le ocurriría prohibir el trabajo.
7. La séptima dice que ninguna droga es en si misma un mal sino que puede llegar a serlo por las circunstancias de su uso. Por eso, no se la puede comparar con el crimen, la violación o el secuestro que tienen como objetivo dañar al otro. La despenalización de las drogas debe ser lo más internacional posible para ser eficaz. De hacerlo uno solo le traería aparejado dificultades.
8. En la octava, Savater hace una dura crítica al Estado en su falta de preocupación por el tema, diciendo que pareciera que la sociedad actual es políticamente drogadependiente, pues no sabría prescindir de este chivo expiatorio. La mayoría de las drogas no matan a nadie y muchas suprimen muchísimos más dolores de los que producen. Las que matan, matan mucho más por la adulteración o las circunstancias clandestinas de su empleo (ignorancia de dosis, jeringas contaminadas, etc.)
9. La novena hace referencia a la incidencia entre los jóvenes, sobre todo aquellos más desfavorecidos socialmente y la razón de su extensión es el resultado de la prohibición misma. Los males juveniles no son producidos por la droga, sino son los efectos de una determinada situación social.

10. La décima y última menciona que se asegura que la droga es la degradación moral de la población. Hace referencia a "El haschisch, el amor y el vino pueden dar lugar a lo mejor o lo peor" todo depende del uso que hagamos de ellos. De modo que no es la abstinencia lo que debemos enseñar sino el autodomínio.

Eduardo Kalina tiene una postura opuesta a Savater, diciendo que este tema ha perdido seriedad ya que su difusión como *hábito recreativo* y debido a los poderosos intereses económicos que los sustentan tanto en su producción como en la comercialización, han despertado el interés de los políticos que lo utilizan durante sus campañas, para hacer promesas ante un público desesperado, que necesita ayuda y orientación.

Liga íntimamente la droga con la problemática del SIDA, lo que remite a una visión catastrófica de fin de la humanidad. Por eso se acrecienta la esperanza que los gobiernos nos salven de esta maldición. Kalina hace alusión a la improvisación de los que legislan, que no toman en cuenta las relaciones existentes con la violencia, la delincuencia, respecto a la producción ilícita como a la comercialización ilícita y a las mafias operando en medio de estos polos del espectro comercial, además de los robos, los asesinatos y los asaltos. Ante este tema central surge la idea adaptativa acerca de la legalización de la droga y adoptarla como una solución final para acabar con la violencia y la delincuencia que son producto de la ilegalidad.

Kalina dice que se insinúa que una *ley* cambiará el significado biológico de los efectos destructivos que ocasionan en el ser humano, tanto en el área biológica como en la psicosocial. Las drogas que se pretenden legalizar: marihuana, heroína, cocaína, anfetaminas, etc. tienen efectos directos sobre la biología humana, como lo siguen teniendo las drogas socializadas, a pesar de la magia de la ley. Para Kalina (op.cit) la prohibición del uso de drogas psicotóxicas es necesaria y funciona en muchos países, pero para que sea realmente efectiva el conjunto de leyes restrictivas deben ser acompañadas con *profundos cambios ideológicos* y por lo tanto *socio-políticos-económicos*. Cuba, Japón y otros países han logrado éxitos.

La pandemia de la drogadicción está directamente ligada a la deshumanización creciente, a la robotización en un mundo centrado en la carrera armamentista, que constituye el negocio más grande del mundo, le siguen la droga y el petróleo.

Cuestiona el concepto de libertad, se penaliza el tráfico pero no la tenencia para uso personal. Parece increíble que la gente no se cuestione como la *elección* de una *esclavitud-dependencia a las drogas* tan denigrante a la condición humana, pueda tener otros orígenes que el "simple albedrío" o libertad individual del hombre.

También intervienen otras motivaciones en procura de las drogas, que responden a un conjunto de pactos perversos que culminan en el *pacto*

criminoso de la familia y/o sociedad. El adicto es todo lo contrario de su ser libre. Es el prototipo del sometido.

La legalización transformará en empresarios a los que hoy son traficantes. Por último conceder la legitimidad a esta moderna versión de la esclavitud, es una claudicación inaceptable, para aquellos que como Kalina, tienen una ética humanística, que significa un profundo amor por la naturaleza, por los seres vivos y todo lo que la ciencia y la tecnología aporta a la vida.

Para enfrentar al narcotráfico, además de recurrir a todo el arsenal legal se debe trabajar sobre lo que denomina *la demanda*. Este criterio mira hacia la prevención, es decir las condiciones históricas psicosocioeconómicas que favorecen el desarrollo de *la oferta* y de los oferentes. El enfoque debe ser sistémico y no unilateral, buscando un proyecto de vida, lo cual significa humanizarnos creando vínculos solidarios.

Debe haber un ordenamiento jurídico claro para definir la situación del drogadicto y de la drogadicción en general. Considera que el círculo del consumo, tráfico y producción de las drogas prohibidas deben ser consideradas por el régimen jurídico. La ley debe ser aplicada con rigor con resultados inmediatos y mediatos. Los primeros se refieren a expulsar a los traficantes y consumidores de las calles y los barrios a los cuales están destruyendo e intentar dar tratamiento o ayuda a quienes quizá no los busquen por cuenta propia, y los segundos se refieren a que la comunidad verifique que no existe el

uso inocente de las drogas. De esta manera hay una actividad pedagógica y también de prevención. Establecer claramente que es lo lícito o lo ilícito para que el hombre común sepa que es lo prohibido y lo permitido en esta materia. La ilicitud de la conducta del adicto no debe atacarse exclusivamente desde un sistema represivo que se apoye en penas privativas de la libertad, sino que además debe hacerse con medidas alternativas que incluyan tratamientos familiares e individuales y disposiciones tutelares especialmente para menores de edad que se ejecutarán en los diversos ámbitos donde éstos desarrollen sus actividades, muy especialmente en el área de la educación.

2.2.3 Proyectos de Prevención

A continuación mostramos unos ejemplos de proyectos de prevención que pueden ser aplicados en cualquier región o país.

2.2.3.1 Programación Global de la Prevención y la Asistencia en las Tóxicodependencias

La prevención y la asistencia deben partir de tres conceptos básicos:

- La región

- La red de servicios preventivos y asistenciales
- Las zonas críticas

2.2.3.1.1 La Región

Permite una mejor utilización de los recursos disponibles que se implementarán según las necesidades de cada región.

2.2.3.1.2 La Red

Permite la instrumentación orgánica de los recursos educativos, institucionales, barriales, zonales, sanitarios públicos y privados, con la finalidad de proteger a las poblaciones no afectadas por el consumo de drogas, lícitas e ilícitas, y también a reducir el consumo en las poblaciones afectadas y brindarles el auxilio terapéutico estructurado. El principio fundamental en que se basa la red es la organización de los recursos.

La red preventiva debe tener cuatro niveles de inserción:

- **EDUCACION:** La educación preventiva debe distinguir entre grupos de mayor y menor riesgo. Es decir identificar y diferenciar las dos realidades para permitir un mejor abordaje.

- **MUNICIPIOS - BARRIOS:** El municipio es la célula política de contención primaria, donde los distintos representantes de la comunidad (docentes, padres, políticos, religiosos, jóvenes) se unen para organizar acciones preventivas.
- **EMPRESARIOS/TRABAJADORES (SINDICATOS):** El ambiente empresarial y laboral deben estar presentes en el plan preventivo, ya que la cultura del trabajo tiene en el alcohol y la droga su mayor enemigo. Jubilaciones por incapacidad, ausentismo, accidentes de trabajo, trastornos familiares y violencia.
- **ORGANIZACIONES DEPORTIVAS:** El deporte planificado se convierte en un elemento de contención, en un elemento que ayuda al desarrollo de la socialización y al desarrollo ético. Lo importante es captar, a través de torneos deportivos, clínicas deportivas, escuelas de fútbol, etc. a aquella población de niños y jóvenes que no recibe por distintos motivos educación formal.

La red asistencial debe partir del CENTRO PREVENTIVO ASISTENCIAL que es el primer módulo de acción terapéutica. Trabaja con el experimentador o el abusador habitual de drogas, implementando una serie de acciones destinadas a estudiar el marco familiar y mejorando la calidad de vida individual, familiar y social del paciente. Se utilizarán herramientas operativas como las

psicoterapias individuales, familiares y grupales, así como grupos educativos, reflexivos de confrontación de conductas.

La red tiene luego en el CENTRO DE DESINTOXICACION la siguiente unidad de complejidad asistencial. Cumple también una tarea educativa y de orientación al paciente para que pueda continuar otra etapa de tratamiento. Este centro asistencial estará basado en el síndrome de abstinencia. Serán los Hospitales Nacionales o Provinciales los encargados de contener estos centros, debiendo existir por lo menos uno por cada región.

Otro nivel de complejidad pasa por organizar la estructuración de comunidades terapéuticas que deben tener tres tipos de modalidades:

- Comunidades Terapéuticas profesionales
- Comunidades Terapéuticas socio-pedagógicas
- Comunidades de Vida

El último eslabón de la red asistencial es el CENTRO DE REINSENCION SOCIAL cuya función central será posibilitar el acceso a la vida comunitaria, a través de un aprendizaje social, educativo y laboral, luego del proceso de rehabilitación.

2.2.3.1.3 Zonas Críticas

Son aquellos lugares dentro de la región que tienen preeminencia de: consumo de drogas, niveles de delincuencia juvenil altos, aumento considerable de portadores asintomáticos del SIDA, grados de desorganización familiar, etc.

2.2.3.2 La Prevención desde la Escuela

Existe un reconocimiento mundial del papel imprecindible que, entre las respuestas a los problemas relacionados con los consumos de drogas, tiene que jugar la prevención y, dentro de la prevención, del papel de las escuelas.

Pero la escuela poco puede hacer si no dispone de los recursos necesarios para llevar adelante una acción que responda a las necesidades de los educandos. En este sentido, habrá que superar discursos ampulosos sobre la función educativa en general, para ofrecer respuestas realistas, una vez analizados los problemas que nuestra sociedad tiene.

Vivimos momentos de gran preocupación por la acción educativa, por entender que nuestro futuro depende precisamente de la formación que ofrezcamos a los niños de hoy. Los problemas que afectan a la humanidad no son ajenos a esa acción educativa. Por esta razón, la Comisión Internacional para la Educación en el Siglo XX, en su informe anual (1996), manifiesta que: "La educación encierra un tesoro", recuerda los pilares básicos de aquélla: aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a ser y aprender a convivir. Son las metas básicas de la acción educativa en general y, por esta razón, los objetivos prioritarios de la educación sobre las drogas.

No hacen falta grandes reflexiones para entender que la problemática de las drogas afecta de lleno al proceso educativo. Basta pensar en la dependencia que el abuso de drogas puede crear, para tomar conciencia de que lo que esa situación conlleva es precisamente todo lo contrario de lo que la educación promueve. Si la intervención educativa tiene como meta promover la autonomía, la independencia y la libertad, el abuso de cualquier droga no conduce más que a la pérdida de libertad y de autonomía y al deterioro de la convivencia.

Pero no se trata ahora de "dramatizar" el fenómeno de las drogas, sino de tomar conciencia de que las mismas, como mercancía, circulan en nuestra sociedad, que su presencia y lo que la misma implica preocupan a los ciudadanos, y que la educación es una de las respuestas a tener en cuenta a la hora de evitar o paliar los problemas y los perjuicios potencialmente derivados de su consumo.

Es obvio que no se puede caer en fáciles simplificaciones. Conviene asumir el fenómeno de las drogas en toda su dinámica complejidad, donde no sólo encontramos una sustancia que produce unos efectos concretos, sino también una persona que tiene unas expectativas específicas sobre esos efectos. Y esa persona no es ajena al entorno social que la envuelve, donde se entremezclan elementos políticos, económicos y culturales. Los problemas de las drogas son tremendamente complejos, multiformes, muy cambiantes en el tiempo y con la historia, motivados por la cultura e influidos por la representación social, por el imaginario social de los mismos. Toda esa dinámica y complejidad

hace aún más relevante el papel y la necesidad de la educación para paliar las consecuencias de un fenómeno muy anclado en el desarrollo personal, pero también en lo social y lo cultural.

Razones de tipo económico, estructural o político, generan situaciones objetivas, que se correlacionan de una forma inequívoca con los riesgos de los consumos. Nuestro énfasis en los aspectos "subjetivos", no significa en modo alguno el olvido de lo anterior sino el señalamiento de que, por un lado, cualquier situación de riesgo objetivo es matizable desde lo personal, y por otro, los aspectos individuales conforman siempre un elemento que, contextualizado por lo estructural, supone en definitiva una situación de mayor o menor riesgo.

Los problemas de drogas tienen una dimensión íntimamente relacionada con situaciones de insuficiencia personal del tipo que sea, y eso es abordable o prevenible desde la educación. Tienen además unos aspectos estructurales, objetivos, que si bien no son directamente modificables desde lo personal, sí pueden ser indirectamente matizados (también para la modificación de las condiciones objetivas, es conveniente o precisa la educación).

Dicho lo anterior, es preciso aclarar de forma inmediata que la prevención de los consumos de drogas no pasa, exclusiva y excluyentemente, por la educación. No nos referimos tan sólo a que hay elementos exteriores, de potencialidad preventiva, que pueden ser abordados desde estrategias distintas de las educativas: por ejemplo, el control de la oferta de sustancias, la

normativización de esa presencia pública, la regulación de la producción y de la calidad de las sustancias en sí mismas, la atención de los problemas de una forma precoz y eficaz, etc... Nos referimos a que, incluso desde la perspectiva de potenciación de lo personal, desde la intención de incrementar las capacidades, las habilidades y los factores de defensa personales, no siempre es preciso intervenir desde postulaciones educativas, al menos desde el modelo de educación que más tarde vamos a definir como punto de partida.

En efecto, la prevención de los consumos y la educación, pueden diferenciarse desde la perspectiva de sus objetivos, de sus estrategias y de sus prioridades.

Desde el punto de vista de los objetivos, la prevención tiene como objetivo global e inmediato la disminución de los consumos de sustancias. Por contra, el objetivo de la educación pasa por el desarrollo integral de la persona en autonomía y en libertad. Ciertamente no pensamos que estos dos objetivos sean contrapuestos, sino por el contrario complementarios e incluyentes. No hay disparidad, entre la disminución de las intensidades y frecuencias de los consumos y el desarrollo de la libertad personal; más bien existiría una condición de necesidad entre ambas variables. Sin embargo, sí es evidente que el calendario de consecución de esos objetivos, si se quiere el establecimiento de prioridades entre ellos o, dicho de otra manera, la articulación de estrategias derivadas de la búsqueda de estos objetivos finalistas, pueden ser diferentes en el caso de las acciones de prevención de consumos y las acciones con

intencionalidad abarcativamente educativa. Si se quiere prevenir los consumos, eso es lo prioritario, lo urgente, lo fundamental. Si se quiere educar, se entenderá que la prevención de los consumos forma parte de la educación pero no necesariamente habrá que pensar que constituye la medida fundamental, ni siquiera la medida prioritaria.

Para prevenir los consumos habrá que arbitrar medidas eficaces en ese sentido, y rápidamente eficaces. Estas medidas no siempre, ni necesariamente, coincidirán con exactitud con aquellas que son convenientes o necesarias para promover el desarrollo educativo integral. Por poner un ejemplo, es muy generalmente aceptada la idea de que las situaciones tendentes a subrayar el aspecto de amenaza, el aspecto atemorizador, de las sustancias, no resulta preventivo. Parece claro que esta opinión se basa en una postulación abarcativa de las diversas poblaciones de sujetos de los posibles riesgos: en conjunto, para el conjunto de los niños o adolescentes, probablemente no es eficaz una técnica atemorizadora. Sin embargo, parece claro que, al menos en determinados sujetos y en determinadas situaciones, apuntalar la amenaza, levantar el estandarte del temor, puede resultar disuasorio. El sentido común y la observación cotidiana nos confirma en esta apreciación. Otra cosa distinta es que, a través de esa estrategia se hayan conseguido objetivos preventivos que probablemente han supuesto una interferencia con los objetivos educativos. El niño o el adolescente que no consume por temor se habrá evitado los riesgos de los consumos de drogas pero, acaso, esté menos preparado para la vida que se

desenvuelve más allá de esos consumos. Si éste ha sido el fenómeno producido, se habrá tenido éxito en los objetivos de prevención y, por el contrario, se habrá fracasado en los desarrollos educativos.

No es de extrañar, a partir de las consideraciones anteriores, que se hayan podido producir tradicionalmente desencuentros entre instituciones, personas y profesionales, que tenían como misión fundamental la prevención de los consumos y aquellas otras instituciones, profesionales o personas, que eran los responsables de conseguir los objetivos de la educación.

Más allá de la atribución de errores, insuficiencias o ineficacias, que cada una de las partes atribuía a la otra, como explicación de estos desencuentros, queremos apuntar esa discrepancia, siquiera sea coyuntural, en los objetivos de la prevención y de la educación, como un elemento más que explica parcialmente estos desencuentros.

En cualquier caso, es de la educación, de la educación preventiva si se quiere, de lo que vamos a tratar en las páginas que siguen. Primero, porque nuestro modelo de prevención de los consumos de drogas es fundamentalmente un modelo educativo. También, porque, más allá del modelo preventivo que se considere, hay que aceptar que determinados elementos de la prevención sólo pueden ser abordables desde la acción educativa. El desarrollo de la persona y de sus capacidades defensivas, el crecimiento de su autonomía, su opción de libertad, su capacidad para poder vivir autónomamente sin precisar, apoyarse en

estímulos artificiales exteriores, todo ello, son cuestiones que razonablemente sólo pueden ser abordadas desde el punto de vista educativo.

Igualmente las estrategias de prevención, que intentan conseguir una minimización de los consumos de forma prioritaria, sin mayores preocupaciones por el desarrollo integral de la persona, sólo adquieren su pleno sentido, sólo son viables, en un contexto educativo. Los posibles efectos perversos de algunas maniobras preventivas parciales (véase, por ejemplo, lo apuntado anteriormente en relación con la instrumentalización del miedo), sólo pueden ser minimizados o manejados desde un contexto educativo. La educación también sirve para conseguir una mayor eficacia de las estrategias preventivas primarias y para reducir los riesgos de que estas maniobras preventivas puedan provocar algún tipo de efecto perverso.

No se nos escapa que ese proyecto educativo del que hablamos se desenvuelve en distintos ámbitos: empezando por la propia familia, centro de las posiciones infantiles y del desarrollo de las actitudes de los niños, y terminando en el contexto de la comunidad, donde todas las posiciones de desarrollo adquieren su pleno sentido y que condiciona cualquier mensaje o cualquier estrategia que se opere de cara a los individuos.

Sabemos que la educación formal, la escuela, no es más que un sólo ámbito de aquellos en los que la educación se desarrolla. Pero también creemos que es un ámbito especialmente idóneo para ese desarrollo y que, además, en

los últimos tiempos, se ha producido una cierta delegación de las funciones educativas desde el resto de los espacios al espacio de la escolarización formal. No es el momento de detenerse en las posibles dificultades derivadas de tal delegación sino, sencillamente recogiendo, subrayar el papel que la escuela desempeña en estos momentos en el desarrollo educativo del niño y del adolescente en primer lugar, y en la potencial prevención de los consumos de drogas en segundo término.

La educación constituye, pues, un elemento imprescindible en la prevención del abuso de drogas. Resulta inevitable actuar sobre la demanda de estas sustancias por parte de la población. El consumo de las drogas no existiría sin la presencia de unas personas que "necesitan" o que "quieren" recurrir a ellas. En este sentido, se entiende que exista el derecho a recibir una educación adecuada ante unas sustancias que pueden ser peligrosas para el individuo y para los grupos. Vivimos en una "cultura de drogas" (al menos, "con drogas") y es preciso prepararse para ese contexto cultural.

Pero conviene matizar todas estas afirmaciones, para no caer en fáciles tópicos que nos lleven a una mayor confusión. Sólo así podremos comprender el sentido y el alcance que tiene la educación y nos evitaremos esperar soluciones "mágicas" de una tarea, que debe implicar a toda la sociedad para obtener unos resultados a largo plazo.

Los problemas de drogas son, ante todo, problemas socioeducativos. En este sentido, más que fijarnos en la droga como sustancia (que no es ni buena ni mala; todo depende de su uso), debemos considerar a la persona que consume o abusa de esa sustancia llamada droga dentro de unos marcos sociales concretos. Eso obliga a una comprensión profunda de los diferentes factores que provocan, mantienen o refuerzan el consumo y/o abuso de las diferentes sustancias. En este sentido, aunque siempre se puede hablar de "causas personales", resulta fácil detectar la existencia de factores familiares, educativos, sociales en definitiva, que determinan o, al menos, condicionan el consumo. Los problemas de drogas tienen una dimensión eminentemente social.

Por otra parte, conviene clarificar el sentido y el alcance de la educación, para evitar caer en interpretaciones superficiales que en nada nos ayudarán en nuestra reflexión sobre la prevención. Desde el análisis etimológico la palabra "educación" proviene de "educare" ("conducir", "guiar", "orientar") pero semánticamente también procede de "educere" ("hacer salir", "extraer", "dar a luz"). Tenemos, pues, dos modelos conceptuales básicos que pueden compaginarse en la práctica educativa entendiendo que la educación es dirección (intervención) y desarrollo (perfeccionamiento).

A partir de estos planteamientos, resulta fácil comprender las varias definiciones de la educación sobre las drogas que podemos encontrar en documentos de la OMS, de la UNESCO, del Consejo de Europa o de otros

organismos internacionales. Estas definiciones varían según su punto de vista o la preferencia que den a un ámbito de acción.

Cabe la posibilidad que nuestra mirada se centre en la acción inmediata de comunicación entre educador y educando. En este sentido, podemos entender la educación tal como la presenta la OMS en su 20 informe: "La educación es un proceso bilateral en el cual la facilitación del aprendizaje y de la maduración es más importante que la adquisición de conocimientos. Su finalidad es aumentar la capacidad de tomar decisiones, esclarecer los valores y facilitar su puesta en práctica, y desarrollar la aptitud para enfrentarse con diversas situaciones. La educación se ocupa del crecimiento o del desarrollo, y adapta sus actividades al nivel de ese desarrollo, a los antecedentes sociales y culturales y a los intereses de los participantes".

Está claro que la educación en ningún momento puede reducirse a simple información sobre las drogas por muy objetiva que sea y aunque se realice con los métodos más didácticos. El compromiso educativo no se puede resolver sólo con programas dirigidos a grupos específicos que, aunque estén bien elaborados desde el punto de vista didáctico, aportan conocimientos, más que un cambio de actitudes y hábitos de conducta. La tarea educativa es mucho más compleja que la aplicación pasiva de un material didáctico, ya que compromete no sólo la relación educativa del profesor con el alumno sino que implica toda la dinámica del centro y del propio sistema educativo, sin olvidar el contexto familiar y social más amplio. Dicho de otra forma: la acción educativa del

profesor, del mismo modo que viene mediatizada por el contexto en que se desenvuelve, también debe extender su influencia sobre el mismo (centro, familia, comunidad, sociedad).

Con la acción educadora se pretende que los alumnos dispongan de los recursos necesarios, que les permitan comportarse de forma sana ante determinadas situaciones. En este sentido, cuando un niño, adolescente o joven abusa de una droga hay que cuestionar la educación recibida, no sólo en el ámbito familiar, sino también en el escolar.

La dificultad de la acción educativa surge, en primer lugar, de la propia complejidad del fenómeno "drogas", en el que, aparte de las diferentes sustancias existentes, aparece una gran variabilidad de relaciones con cada sustancia, donde se entremezclan factores personales y sociales, sin olvidar los propios de la sustancia a considerar (Marquez, 1993).

Tenemos, por otra parte, la complejidad del hecho educativo, que se presta a las más variadas interpretaciones y en el que el maestro puede desempeñar funciones muy diferentes, desde la simple transmisión de unas informaciones hasta el apoyo comprometido en el pleno desarrollo personal y social de los individuos.

Urge, por esto, hacer una profunda reflexión sobre el estado actual de la acción educativa escolar relacionada con las drogas, donde se analicen no sólo las "buenas intenciones" sino también los efectos reales de tanta actividad en

marcha, donde se tengan en cuenta mensajes, actitudes, valores, patrones de conducta, etc. transmitidos de forma consciente o no. Porque si en algo debe destacar la acción educativa es en la coherencia entre sus intenciones y sus hechos, entre los valores asumidos y la práctica escolar. La educación sobre las drogas constituye así un reto a nuestra sociedad que ha de llevarnos a un análisis profundo de todas nuestras actuaciones llamadas educativas.

Para tener una mejor comprensión de la responsabilidad educativa, conviene conocer la situación de la prevención escolar, aunque resulte difícil hacer una valoración de la misma por falta de estudios sobre el tema.

Hoy son muchas las escuelas, muchos los profesores implicados y comprometidos en la prevención escolar, en un esfuerzo difícil de valorar, precisamente por la falta de estudios sobre el tema. Basta considerar la cantidad y extensión de programas preventivos y de formación de profesores puestos en marcha, para reconocer cierto compromiso con la prevención, que convendría valorar en su justo alcance con miras a su mejora.

En este sentido, conviene conocer las creencias de los profesores sobre factores, estrategias, características y medidas en la prevención escolar sobre el alcohol y otras drogas. Conocer sus creencias en estos aspectos resulta básico para comprender su actuación preventiva y poder vislumbrar acciones para su mejora.

Entre los recursos preventivos de los problemas de drogas, aparece la escuela con una relevancia primordial. Por una parte, se trata de una institución eminentemente educativa y, por otra, en ella son atendidos niños y jóvenes. En este momento, existe otro argumento de peso: los problemas afectan, en ocasiones de forma dramática, no sólo a los jóvenes y los adultos sino también a niños y adolescentes integrados en la escuela, sea por consumo propio o por consumo en el propio entorno familiar o social. Son motivos suficientes para que la escuela asuma su compromiso preventivo.

Aquí conviene recordar la gran variedad de usos y abusos que se dan en relación con las diferentes sustancias que llamamos drogas. Encontramos desde consumos de tipo experimental, con usos más o menos sociales entre los estudiantes, hasta claros consumos abusivos, en los que aparece el riesgo de sobredosis e incluso de dependencia de alguna sustancia. En diferentes estudios relacionados con el consumo de drogas, se puede encontrar abundante información sobre el consumo de diferentes drogas entre niños, adolescentes y jóvenes.

Conviene tomar conciencia no sólo de los consumos de drogas en niños y adolescentes, sino también de los "momentos críticos" que pueden aparecer a lo largo del proceso educativo. Por ejemplo, en este momento, la transición a la educación secundaria, puede exigir, no sólo medidas de largo alcance (desactivar prácticas selectivas, superar "castas" profesionales...) sino también

atender a las culturas juveniles y asistir a los estudiantes en zonas de riesgo (Gimeno, 1992).

Por otra parte, no hay que olvidar la existencia de ciertos fenómenos culturales en los que adolescentes y jóvenes pueden estar inmersos. Así se puede entender que el fenómeno de fin de semana asociado al consumo de alcohol y de otras sustancias no surge por generación espontánea. Los cambios sociales y culturales de los años 80, han provocado que los jóvenes de hoy hayan sido socializados en la cultura del fin de semana, cultura que ha sido perfectamente utilizada en su beneficio por el marketing del alcohol.

Ante esta situación, aparece una tremenda ambigüedad tanto de análisis como de respuesta en la sociedad actual. Parece como si la sociedad estuviera paralizada ante un fenómeno que si, por una parte, crea graves problemas a la misma, por otra, aporta no pocos beneficios de todo tipo a los que no se quiere renunciar. Estas contradicciones sociales tienen su reflejo en la familia, la escuela o las administraciones y, posiblemente, entre los profesores.

Una postura social frecuente, aunque paradójica, ante las drogas, consiste en poner la responsabilidad de la parte problemática fuera del propio ámbito de actuación. Así la familia entiende que es la administración la que tiene que dar soluciones, mientras que los poderes públicos descargan sobre padres y madres la tarea. Los medios de comunicación sostienen que su tarea no es educar, que eso corresponde a los centros educativos y a las familias. Los

profesores entienden que se trata de una cuestión que corresponde a los padres y a servicios especializados.

Es importante saber, ¿qué piensan y cómo actúan los profesores ante las cuestiones educativas relacionadas con las drogas?. Para ello, conviene constatar la práctica ausencia de estudios a nivel nacional sobre los profesores y la acción preventiva.

En este sentido, no se puede dejar de lado la "realidad" de los centros educativos. Además de toda la ambigüedad ante las drogas de alumnos, padres y profesores, estos últimos entienden su trabajo de formas diferentes y actúan desde diferentes marcos organizativos tras lo que se ocultan diferentes formas de entender su profesión, su relación con los alumnos y con los padres. Todo ello, por supuesto, afecta también su compromiso con la prevención escolar. Así, se han descrito diferentes modelos de la estructura educativa de los profesores: el modelo burocrático, el modelo de dirección jerárquica, el modelo de conflicto institucional, el modelo de improvisación organizativa y el modelo de desarrollo organizativo.

Con motivo del Año Internacional del Niño, la ONU (1979) volvió a urgir: "Los programas de educación destinados a los padres, enseñantes y niños, constituyen necesariamente la esencia misma de todo intento de reducción del abuso de las drogas".

Sin embargo, no se puede equipar la educación sobre las drogas con los programas que hablen directamente de las drogas. Lo más importante de cara a la escuela es que ésta eduque en el más pleno sentido de la palabra. En definitiva, se trata de educar para prevenir. Lo anterior nos niega que los programas específicos sobre drogas sean, hoy por hoy, un recurso del que no se puede prescindir. Un programa, precisamente, ofrece de forma estructurada una serie de contenidos y estrategias de actuación que permiten concretar la respuesta educativa escolar, sin rigidez, pero con un compromiso educador. No obstante, no se pueden mitificar los programas. Lo importante es conocer las metas a conseguir con la educación sobre las drogas; los programas específicos son recursos de apoyo a los que conviene dar vida y sentido dentro de las escuelas. Sin olvidar, como señala, la UNESCO (1973), que "la educación acerca de las drogas no puede ser transmitida de manera eficaz por la escuela a no ser que ésta se encuentre en el marco de un sistema institucional respetuoso de los fundamentos más elementales de las relaciones humanas".

Todas estas consideraciones constituyen una razón básica para conocer las opiniones y actitudes de los profesores sobre su posible implicación en programas de prevención escolar y sobre su formación en el tema.

Por otro lado, los materiales preventivos son recursos que los profesores han de saber utilizar de acuerdo no sólo con las necesidades de los alumnos, sino también con sus intereses, sin olvidar el estilo didáctico de cada profesor ni

la "cultura" existente en la escuela. Nunca se puede considerar un material didáctico como la solución mágica a la problemática de las drogas.

La prevención de las farmacodependencias no es, ni puede ser, ni una técnica ni una metodología cerrada, definitiva o acabada, sino todo lo contrario: es un desarrollo permanente que adopta la forma de un programa de investigación, muy necesario sin duda, pero reciente, inmaduro y con pocos resultados contrastables.

De ahí el fundamental papel del educador en esta tarea y la importancia de su talante y su preparación para la misma.

Todo esto implica la colaboración y el compromiso continuo de toda la comunidad escolar, integrando a todos los servicios de asesoramiento y apoyo implicados en la acción educativa. También exige a los centros educativos, que la prevención escolar esté, no sólo plenamente integrada en el proyecto educativo de cada uno de ellos, sino en planes y programas comunitarios más amplios.

Resulta incuestionable la importancia del educador a la hora de aplicar cualquier programa. El papel educativo del docente aparece cada día más claro por lo que a las drogas se refiere, al ser la persona llamada a "dinamizar la acción educativa" dentro de la escuela. Esto le exige una formación adecuada y disponer de recursos que le permitan una acción educativa coherente y eficaz.

Esta relevancia del docente como "agente natural de la prevención escolar" viene justificada, porque es quien influye directa y eficazmente en las aulas, está inmerso en el proceso educativo, tiene conciencia de los problemas (tanto en sus dimensiones sociales como personales), conoce la realidad personal y social de los alumnos y tiene acceso a grandes sectores de la población adolescente y juvenil.

Asumir la importancia básica de la educación escolar como recurso preventivo y terapéutico ante el abuso de las diferentes drogas, implica reconocer el protagonismo de los educadores escolares ante la prevención escolar.

Sin embargo, hay que reconocer que la prevención no es una tarea fácil, como ya hemos señalado, no sólo por los contenidos a tratar sino también por las limitaciones de la propia escuela y de la sociedad en este tema.

En principio, el alumno nunca tiene que ser percibido como problema, sino como la persona a la que se dirige la acción educativa para responder a sus necesidades. No es el alumno quien tiene que adaptarse a la acción educativa, sino que es la acción educativa la que tiene que adaptarse a las necesidades de los alumnos. Los "problemas" en este sentido, son un reto a la profesionalidad y creatividad de los educadores, no sólo para conectar con los alumnos sino, sobre todo, para llevar adelante su formación.

Hay que tener en cuenta, en esta línea, las diferentes etapas vitales así como el medio sociocultural en el que los alumnos se desenvuelven. La adolescencia no es precisamente una etapa vital cómoda en el desarrollo del individuo y, menos, en la sociedad actual. Esta dificultad es mucho mayor cuando el contexto que envuelve al adolescente sufre carencias de cualquier tipo como pertenecer a una familia desestructurada o convivir en un barrio marginado o pertenecer a un "grupo" de compañeros implicados en conductas inadaptadas.

Actualmente prevalece una mayor conciencia sobre la existencia de una "cultura de las drogas" que envuelve a las instituciones educativas, y que supone unas determinadas implicaciones, tanto en relación con las diferentes drogas y sus consumos, como con las respuestas educativas a dar. En este sentido, la escuela es percibida como inserta en un medio sociocultural que le envuelve y condiciona en todas sus actuaciones. Se reconoce la influencia de los padres, de los medios de comunicación social, de la comunidad... Estamos, pues, ante una perspectiva más realista y ecológica, referida al medio social más amplio en el que la escuela como comunidad educativa se desenvuelve. Ninguna institución educativa es ajena, ni al contexto social más próximo (familia, barrio..), ni al más remoto (política, economía, legislación internacional..).

El papel de los docentes es orientar a sus alumnos para que sepan actuar ante las drogas sin perder su autonomía e independencia personal. El papel del educador se concreta, en este sentido, tal como señala la OMS (1973), en

conseguir que sus estudiantes aumenten su capacidad de tomar decisiones, clarifiquen sus valores y los pongan en práctica y desarrollen aptitudes para enfrentarse con diferentes situaciones.

Desde este enfoque, la educación sobre drogas tiene los mismos objetivos que la educación en general. El maestro ha de elaborar previamente un curriculum que incluya el tema de las drogas, tanto de las legales como de las ilegales, como marco guía para una actuación integral e integrada. En este curriculum se perfilarán los objetivos a conseguir en cada ciclo así como en cada asignatura, de acuerdo con las situaciones individuales y sociales ante los problemas de drogas.

Al mismo tiempo, a el docente le corresponde crear el ambiente o clima adecuado tanto en la clase como en todo el entorno escolar, de forma que el estudiante pueda crecer de forma positiva y respirar esa atmósfera que, cuando se traten temas relacionados con las drogas, estimule una comunicación auténticamente educativa.

Para llevar adelante esta función exige una serie de requisitos imprecindibles de la acción educativa general: conocer a los estudiantes, ser sensible a sus necesidades y problemas, establecer una buena relación y confianza con ellos, aceptarles y ayudarles a su propia realización, favorecer un clima estimulante del desarrollo personal, etc.

Si todo esto es así, conviene, pues, disponer de un conocimiento preciso sobre el sentir de los profesores en todos estos aspectos. La actuación del educador en solitario, de poco serviría, sin el apoyo de toda la comunidad educativa. Sin embargo, esta acción común no resulta fácil, no sólo por la propia complejidad de la prevención escolar, sino también por la dificultad para una cultura de colaboración en los centros educativos.

Si nadie entiende que la educación escolar en general se pueda llevar a cabo a través de campañas, sino que hace falta una política decidida, apoyada en planes dotados con recursos materiales y humanos, también en relación con la educación preventiva, la escuela tiene que superar actuaciones más o menos puntuales, para plantear un proyecto común que aglutine los esfuerzos de profesores, alumnos, padres y servicios de apoyo.

Existen, por otra parte, grandes posibilidades de colaboración, tanto dentro como fuera de los tiempos y los recintos escolares, que no se pueden olvidar. En una escuela abierta y comprometida con la comunidad todo es relativo, flexible, con tal de que los objetivos educativos se tengan en cuenta, sin evadir responsabilidades profesionales. Con una buena conjunción de servicios escolares y extraescolares será más fácil ofrecer respuestas educativas adecuadas a las diferentes necesidades, dentro de un programa conjunto de asistencia a todos los problemas que puedan presentar los estudiantes.

Para los casos más complejos y difíciles, los centros educativos precisarán un Proyecto Educativo Individualizado. Este Proyecto se concretará en programas individuales específicos, que respondan a necesidades específicas, tratando de saber qué es lo que se precisa para los objetivos a alcanzar, así como las estrategias de acción que haya que poner en marcha para conseguir el desarrollo integral óptimo. Este programa implica un "sistema de tratamiento integrado" en el que estén coordinados todos los servicios disponibles. Y si este proyecto individualizado ha de estar integrado en el proyecto educativo del centro, el proyecto de centro ha de estar integrado, siempre que sea posible, en programas comunitarios.

Idealmente, los profesionales de la educación tendrían que ir más allá de la atención a los alumnos, en un compromiso de equipo que lleve a actuar sobre los problemas sociales condicionantes de dificultades para la educación. Y no hay que olvidar que los problemas de las drogodependencias son unos problemas personales inmersos en una problemática social compleja.

Resumiendo lo anterior, y siempre en referencia a los posibles conflictos suscitados por la presencia de las drogas, se pueden señalar, en síntesis apretada, diversas tareas básicas que corresponden a la comunidad educativa y, por consiguiente, también a los educadores:

- Conocer la extensión y características del consumo de alcohol u otras drogas, entre los alumnos y en el contexto social en el que éstos se mueven.
- Disponer de un proyecto educativo que integre estrategias, como respuestas adecuadas a las necesidades existentes entre la población escolar.
- Colaborar con los servicios de la propia comunidad de forma que la intervención educativa escolar esté integrada dentro de los esfuerzos comunitarios.
- Informar y asesorar a padres y alumnos con problemas de drogas.
- Derivar los casos problemáticos hacia los servicios adecuados, sin perder el contacto con estos individuos y colaborando siempre en la intervención educativa propuesta.
- Participar en las actividades de promoción de la salud dentro de la propia comunidad.
- Coordinarse con las entidades públicas y privadas de la comunidad para una mejor explotación de los recursos de la misma.

- Estimular y apoyar a padres y alumnos, para que se impliquen en actividades, servicios, asociaciones, programas, etc.. orientadas a dar respuestas a los problemas de drogas.

A partir de ahí se comprende que la acción educativa deba ser compartida e interdisciplinaria, al mismo tiempo que deberá potenciarse la dimensión intercultural de la educación. Desde esta perspectiva, el marco ideal para la prevención y el tratamiento del abuso de las drogas en centros educativos no es otro que el de la promoción de la salud, un marco de acción que desarrolla el sentido de responsabilidad individual, familiar y social en relación con la salud, que posibilita el pleno desarrollo físico, psíquico y social de los educandos, que favorece buenas relaciones entre todos los miembros de la comunidad educativa y de ésta con su entorno.

Como recuerda Comas (1998), actuar en prevención simplifica "asumir que se forma parte de un proceso de búsqueda, de construcción de una teoría y de una explicación que aun no poseemos". A partir de aquí se pueden sacar no pocas consecuencias, entre las que destaca: "aquéllos que exigen sólo recursos prácticos, definiciones formales sobre lo que deben hacer, y sienten desazón y vértigo ante las reflexiones que se les solicitan, deberían abstenerse de participar en programas de prevención en drogodependencias".

También se precisa, por estas razones, tener información precisa sobre el pensamiento de los docentes sobre la forma de llevar adelante la prevención

escolar en los centros educativos, teniendo en cuenta su posición ante estrategias, recursos, tiempo a dedicar, relación con otras instituciones, entre otros.

No puede existir un docente reflexivo e investigador sin la formación adecuada. Además, si se asume que el maestro/profesor tiene que ser, ante todo, un educador, no un especialista en drogas, su formación en este sentido constituirá el mejor aval y soporte para llevar adelante una acción preventiva eficaz. La tarea educativa no se puede improvisar.

Podríamos agrupar las actividades formativas según sus objetivos en: de sensibilización e información, de formación específica y de seguimiento y asesoramiento. Para garantizar la continuidad entre la formación y sus resultados finales es imprescindible dotar al profesorado de criterios e instrumentos para que él mismo ajuste el proceso (Alemany, 1996).

Muchas actividades no sólo pueden ser inútiles, sino también perjudiciales, si no se forma antes al docente. A partir de aquí podrá empezar a moverse toda la máquina escolar, en el marco de una política educativa bien elaborada. De lo contrario, tendremos planes perfectos que nunca llegan a realizarse y sólo consiguen crear desajustes mayores. En este sentido, no faltan estudios donde puede verse que la formación recibida no parece clarificar el alcance y sentido de la educación como mecanismo preventivo, ni influye en las

actitudes y hábitos de consumo de las diferentes drogas, aunque sí aporte mayores conocimientos al respecto (Vega, 1983).

En la escuela se necesitan educadores y no simples transmisores de conocimientos. En este sentido, un conjunto de charlas o un cursillo sólo podrán sensibilizar ante los problemas de drogas y descubrir las posibilidades educativas de la escuela. Una auténtica formación sólo podía conseguirse si a la información objetiva unimos el contacto real con los problemas (práctica) y la elaboración y evaluación de programas (investigación). Esta formación, por supuesto, es un proceso continuo que se inicia, a ser posible, al comenzar la preparación para el magisterio y sigue durante toda la vida profesional. La "formación continua" resulta básica para todos los promotores de la prevención y, dentro de ésta, la "supervisión continua", dentro de una reflexión continua sobre el propio trabajo educativo, en el marco de un compromiso interdisciplinario.

En este momento, el profesorado en su mayoría entiende las cuestiones relativas a las drogas desde una dimensión eminentemente educativa. Pero en la práctica educativa cotidiana existen no pocas dificultades para adquirir una clara idea de las condiciones de posibilidad de la tarea, para dimensionar objetivamente los límites del profesorado y para poder ofertar a éste la formación adecuada.

2.2.3.3 Marco Político y Legal: Nacional e Internacional

La utilización indebida de las drogas se convierte para nuestro país y el mundo entero en un problema de dimensiones políticas, sociales y hasta económicas de graves consecuencias, que se viene incrementando desde finales del siglo pasado y abre un reto ante el nuevo milenio.

Así, nuestro país, al igual que el resto de las naciones del mundo, enfrenta este flagelo que atenta contra la estabilidad de las instituciones, partiendo de la familia, escuelas, hasta llegar a otras instancias comunitarias; deteriora la salud de la población; propicia la legitimación de capitales, la delincuencia organizada, el tráfico de armas, la corrupción y delitos conexos.

Ante este panorama, el Gobierno Nacional, ha asumido posiciones de principio en la lucha frontal en contra de las drogas constituyendo en nuestro país la “Comisión Nacional para el Estudio y la Prevención de los Delitos Relacionados con Droga” (CO.NA.PRED), la cual elaboró un Plan Nacional que se denominó “Estrategia Nacional en Materia de Drogas”, que tiene como objetivo reunir todas las fuerzas disponibles, estableciendo las políticas, planes y programas concretos, todos con el fin de combatir la narcoactividad, cada uno en el ámbito de su competencia y de manera simultánea, sin dejar espacios de libertad a este nefasto negocio.

El Estado, a través de CO.NA.PRED., propone los planes y programas para combatir las drogas (Estrategia Nacional en Materia de Drogas, año 1996 – 2001) y en la misma participan el Ministerio Público, el Ministerio de Gobierno y

Justicia, Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, la Universidad de Panamá, el Tribunal Superior de Menores, La Cruz Blanca Panameña, la Iglesia Católica, la Comisión para el Control y la Erradicación de la Droga y el Narcotráfico de la Asamblea Legislativa y el Ejecutivo en la persona de un Coordinador.

El esfuerzo y trabajo conjunto del Gobierno, de la Sociedad Civil organizada y de todo el pueblo panameño contribuirá a contrarrestar este problema.

De igual manera debemos resaltar el papel que desempeña el Despacho de la Primera Dama en programas dirigidos a adolescentes y jóvenes constituyendo la Coalición de Panamá “Por una comunidad libre de drogas”, la cual va orientada al fortalecimiento organizacional de la juventud del campo y de la ciudad; a la producción de conocimientos sobre el consumo de drogas de pre – adolescentes y adolescentes, al estudio de la violencia en el medio escolar, a la elaboración y puesta en marcha de servicios básicos en beneficio de las personas jóvenes en las áreas de salud preventiva, educación, cultura, trabajo, saneamiento ambiental, recreación, deportes y desarrollo organizacional de la juventud.

Para formar esta Coalición, el Despacho de la Primera Dama, convocó a los sectores más activos de la sociedad: Instituciones Gubernamentales, Clubes Cívicos, Gremios y Organizaciones no Gubernamentales.

El inicio del desarrollo de una normativa en materia de drogas, se da en nuestro país en los inicios de la República, cuando nuestro país mostró

preocupación en materia del control del uso indebido de drogas, expidiendo en ese año la Ley 46 de 20 de diciembre de 1912, publicada en la Gaceta Oficial N° 1841 de 21 de diciembre de 1912, que prohíbe la introducción de opio a Panamá.

A partir de entonces, nuestro país ha promulgado una serie de instrumentos legales que van desde el área de la prevención de la demanda, el control de la oferta, la legitimación de capitales y la prevención, así como a la represión de delitos.

En el ámbito internacional, la República de Panamá se ha unido a las iniciativas desarrolladas por otros países, dada la magnitud del problema y sus nefastas repercusiones, concentrando así instrumentos internacionales sobre la materia, de carácter multilateral y que han servido de marco al desarrollo de la Legislación nacional, como es el caso de la Convención Única de Estupefacientes, Convenio de Sustancias Psicoactivas y la Convención de Viena.

En el marco de estos instrumentos, nuestro país ha suscrito múltiples convenios bilaterales sobre materias específicas, a fin de fortalecer la colaboración internacional para enfrentar este problema.

A continuación presentamos los principales instrumentos legales que tiene que ver con la materia de drogas, partiendo de nuestra Carta Magna:

A CONSTITUCION POLITICA DE LA REPÚBLICA

CONSTITUCION POLITICA de 1972, Reformada por los Actos Reformatorios de 1978 y por el Acto Constitucional de 1983.

B. LEYES

Ley 18 de 22 de septiembre de 1998, (G.O. 19,667, de 6 de octubre de 1982), "Por la cual se adopta el Código Penal de la República de Panamá".

Ley 23 del 30 de diciembre de 1986, (G.O. 20,710, de 30 diciembre de 1986) reformada, modificada y adicionada por la **Ley 13, de 27 de julio de 1994**, (G. O.) 22,590, del 29 de julio de 1994, **Ley 1, de 3 de enero de 1995** (G.O. 22,698, de 6 de enero de 1995) y **Ley 8, de 4 de abril de 1995** (G.O. 22,757, del 5 de abril de 1995) que reforma algunos artículos del Código Penal y del Código Judicial.

En ella se adoptan otras disposiciones especiales sobre los delitos relacionados con drogas, para su prevención y represión.

La **ley 23 de 30 de diciembre de 1986**, fue reformada, modificada y adicionada por la **Ley 13 de 27 de julio de 1994**. La misma consta de 75 artículos distribuidos en 6 capítulos. El capítulo primero se refiere a las disposiciones penales; el segundo, a las disposiciones procesales; el tercero, se refiere a la extradición en materia de delitos relacionados con drogas; el cuarto, trata sobre el traslado provisional de detenidos; el quinto, guarda relación con la Fiscalía Especializada en delitos Relacionados con Drogas; el sexto se refiere a

la Comisión Nacional para el Estudio y la Prevención de los Delitos Relacionados con Drogas (CO.NA.PRED); el séptimo, contempla las disposiciones relacionadas con las campanas de prevención y programas educativos; el octavo se refiere a las disposiciones con relación al tratamiento y la rehabilitación.

Ley 64, de 4 de febrero de 1963 (G.O. 14,832, de 11 de marzo de 1963)
Convención única de 1961 sobre Estupefacientes.

Ley 5, de 25 de junio de 1990 (G.O. 21,570, de 02 de junio de 1970)
Convenio sobre medidas para impedir el desvío de Productos Químicos esenciales entre Panamá y los Estados Unidos de América.

Ley 16 de 9 de julio de 1991 (G.O. 21,830 de 16 de julio de 1991), "Por la cual se aprueba la Ley Orgánica de la Policía Técnica Judicial como una dependencia del Ministerio Público".

Ley 20, de 22 de julio de 1991 (G.O. 21,837, de 25 de julio de 1991).
Tratado de Asistencia Legal Mutua en Asuntos Penales entre Panamá y E. U -A.

Ley 20, de 7 de diciembre de 1993 (G.O. 22,429, de 9 de diciembre de 1993).
Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas Convención de Viena.

Ley 11, de 7 de julio de 1994 (G.O. 22,578, de 13 de julio de 1994)
Tratado de Asistencia Legal Mutua entre Panamá y el Gobierno del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, relacionada al tráfico de drogas.

Ley 3, de 17 de mayo de 1994 (G.O. 22,591, de 1 de agosto de 1994)
"Por la cuál se aprueba el Código de la Familia".

Ley 12, de 25 de julio de 1994 Por la cual se modifica el artículo 839 de la Ley 3, de 17 de mayo de 1994.

Ley 27 de 16 de junio de 1995, (G.O. 22,811, de 23 de junio de 1995) "Por la cual se tipifican los delitos de violencia intrafamiliar y maltrato de menores, se ordena el establecimiento de dependencias especializadas para la atención de las víctimas de estos delitos, se reforman y adicionan artículos del Código Penal y Judicial y se adoptan otras disposiciones".

Ley 30, de 28 de junio de 1995 (G.O. 22,817, de 3 de julio de 1995) "Por la cual se ratifica el convenio contentivo de la Comisión Centro Americana Permanente contra la producción, tráfico consumo y uso ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas".

Ley 34, de 6 de julio de 1995 (G.O. 22,823, de 11 de julio de 1995) "Por la cual se deroga, modifican y subrogan artículos de la Ley 47 de 1946".

Ley 39, de 13 de julio de 1995 (G.O. 22,827, de 17 de julio de 1995) "Mediante la cual se ratifica el Tratado de Asistencia Legal Mutua en Asuntos Penales entre Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.

Ley 40, de 13 de julio de 1995 (G.O. 22,827, de julio de 1995) "Mediante la cual se ratifica el Acuerdo entre Panamá y Colombia para impedir la desviación de precursores químicos y sustancias esenciales.

Ley 42, de 14 de julio de 1995 (G.O. 22,830, de 20 de julio de 1995)

"Mediante la cual se ratifica, el Acuerdo sobre Asistencia Legal y Cooperación Judicial Mutua entre Panamá y Colombia".

Ley 46, de 17 de noviembre de 1995 (G.O. 22,915, de 21 de Noviembre de 1995) modifica el Decreto de Gabinete N' 41 de 13 de febrero de 1990 y adopta otras medidas para la prevención del delito de lavado de dinero producto del narcotráfico.

Ley 53, de 12 de diciembre de 1995 (G.O. 22,931, de diciembre de 1995) "Por la cual se tipifica y sanciona el delito de posesión de comercio de armas prohibidas, se modifican y adicionan artículos al Código Penal, se modifica un artículo del Código Judicial, y se dictan otras disposiciones".

Ley 54, de 18 de diciembre de 1995 (G.O. 22,934, de 20 de diciembre de 1995) "Por la cual se aprueba el acuerdo entre la República de Panamá y los Estados Unidos Mexicanos sobre cooperación para combatir el narcotráfico y la farmacodependencia, firmado en la ciudad de Panamá el 8, de marzo de 1995".

Ley 55, de 22 de diciembre de 1995 (G.O. 22,939, de 28 de diciembre de 1995) "Acuerdo entre el Gobierno de la República de Panamá y el Gobierno de la República de Colombia, sobre Asistencia Mutua con relación al Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas.

C. DECRETOS DE GABINETES

Decreto de Gabinete No.54, de 2 marzo de 1972. (G.O. 17,074, de 10 de abril de 1972). Convenio sobre sustancias Psicotrópicas de 1971.

Decreto de Gabinete No. 154, de 14 de septiembre de 1972 (G.O. 17,193, de 27 de septiembre de 1972) Aprobó el Protocolo de modificación de la Convención Unica de 1961 sobre Estupefacientes.

Decreto de Gabinete No.41, de 13 de febrero de 1990. (G.O. 21,484, de 28 de febrero de 1990). Prevención y Sanción de operaciones bancarias con fondos provenientes de actividades ilícitas relacionadas con drogas.

Decreto de Gabinete No. 10, de 9 de marzo de 1994 (G.O. 22,492, de 11 de marzo de 1994) Estableció la obligación que toda persona que ingrese al territorio nacional llene un formulario en que, declare los dineros que traiga consigo, bajo la denominación "Declaración Jurada del Viajero".

D. DECRETOS EJECUTIVOS

Decreto Ejecutivo No.16, de 9 de marzo de 1994. (G.O. 22,495, de 16 de marzo de 1994). Fija en B/. 1 0,000. 00 o más la cantidad mínima a declarar del viajero.

Decreto Ejecutivo No.468, de 19 de septiembre de 1994. (G.O. 22,630, de 26 de septiembre de 1994). Sobre los agentes residentes de las sociedades anónimas.

Decreto Ejecutivo N° 446 de 12 de noviembre de 1991 (G.O. 21,921 de 25 de noviembre de 1991). "Por el cual se crea el Comité Nacional de Estadística Criminal y se le asignan funciones.

Decreto Ejecutivo N° 218, de 20 de julio de 1992. (G.O. 22,093, de 5 de agosto de 1992): Creó el Centro Para la Información y Coordinación Conjunta

(CICC), adscrito al Ministerio de Gobierno y Justicia, con el objeto de luchar contra el tráfico de drogas, su oferta y delitos conexos, a través de la coordinación con otros estados e instituciones de una ayuda mutua.

Decreto Ejecutivo N° 473, de 27 de septiembre de 1994. (G.O. 22,637, de 5 de Octubre de 1994). Creó la Comisión Presidencial que ha de estudiar y proponer una política nacional para combatir el problema del lavado de dinero producto del narcotráfico.

Decreto Ejecutivo N° 68, de 23 de marzo de 1995. Establece la última semana de junio de cada año como la Semana de la Prevención del uso Indebido de drogas en todos los colegios y escuelas del país.

Decreto Ejecutivo N° 125, de 27 de marzo de 1995. (G.O. 22,754, de 31 de marzo de 1995). Creó la Comisión de Alto Nivel Contra el Lavado de Dinero, producto del narcotráfico como un consejo consultor permanente para asesorar al Presidente de la República en esa importante materia.

Decreto Ejecutivo N° 136, de 9 de junio de 1995 (G.O. 22,802, de 12 de Junio de 1995). Creó la Unidad de Análisis Financiero (UAF) para la prevención del delito de Lavado de dinero producto del narcotráfico, adscrita al Consejo de Seguridad Pública y Defensa Nacional.

Decreto Ejecutivo N° 309, de 27 de junio de 1995 (G.O. 22,828, de 18 de julio de 1995), creó la Oficina de Autoridad del Aeropuerto Internacional de Tocumen.

E. RESUELTOS

Resuelto No. 1446, de 13 de septiembre de 1991 (G.O. 21,978, de 20 de febrero de 1992) crea la Dirección para la Coordinación e Implementación del Tratado de Asistencia Legal Mutua en el Ministerio de Gobierno y Justicia.

Resuelto No. 94. de 12 de abril de 1995 (G.O. 22,770, de 26 de abril de 1995), "Por medio del cual cambia la denominación a Dirección Nacional para la Ejecución de los Tratados de Asistencia Legal Mutua y Cooperación Internacional".

F. REGLAMENTOS

Reglamento de Conducta de 1 de enero de 1995 de la Asociación de Usuarios de la Zona Libre de Colón.

G. RESOLUCIONES

Resolución J.D.2/95, de 10 de marzo de 1995 del Instituto Panameño Autónomo Cooperativo. "Mediante la cual se requiere declaración de operaciones superior a B/, 5000, 00 en cooperativas"

H. ACUERDOS

Acuerdos 5-90, de 19 de marzo de 1990 (G.O. 21,506, de 30 de marzo de 1990) de la Comisión Bancaria Nacional. Requieren conocimiento del cliente y declaración de operaciones superiores a B/. 10,000,00 en efectivo y causiefectivo.

Acuerdo 1-91, de 15 de enero de 1991 (G.O. 21,780, de 07 de mayo de 1991) Requieren identificación del cliente y declaración de operaciones superiores a B/.10,000.00 en efectivo, su equivalente en moneda extranjera, en cheques (de gerencia, viajeros u otros) y órdenes de pago librados al portador, con endoso en blanco y expedidos en una misma fecha o en fechas cercanas y/o por un mismo librador o por libradores de la misma plaza.

Acuerdo Interbancario No.17, de 11 de septiembre de 1984 de la Asociación Bancaria de Panamá, modificado en 1985 y 1986. Código de conducta referente a operaciones bancarias.

Acuerdo Interbancario No. 28, de 10 de marzo de 1993 de la Asociación Bancaria de Panamá. Orden de endosos en los cheques.

Acuerdo Interbancario No. 29, de 1993, de la Asociación Bancaria de Panamá. Uso de Instrumentos negociables del extranjero y transferencias.

Acuerdo Interbancario No. 33, de 28 de junio de 1995, de la Asociación Bancaria de Panamá.

Convenio sobre medidas para impedir el desvío de Productos Químicos Esenciales Suscrito entre Panamá y los Estados Unidos de América. Ley 5, de 25 de junio de 1990 (G.O 21,570, de 2 de Julio de 1990).

Tratado entre la República de Panamá y los Estados Unidos de América sobre Asistencia Mutua en Asuntos Penales. Ley 20, de 22 de julio de 1991. (G O. 21,837, de 25 de Julio de 1991).

Convenio entre el Gobierno de la República de Panamá y el Gobierno del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte sobre asistencia Legal

Mutua Relacionada al Tráfico de Drogas. Ley 11, de 7 de junio de 1994. (G.O. 22,578, de 13 de Julio de 1994).

Convenio Constitutivo de la Comisión Centroamérica permanente para la erradicación, tráfico, consumo y uso ilícitos de estupefacientes y sustancias Psicotrópicas. Ley 30, de 28 de junio de 1995. (G.O. 22,817, de 3 de Julio de 1995)

Tratado de Asistencia Legal Mutua en asuntos penales entre la República de Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá. Ley 39, de 13 de julio de 1995, (G.O. 22,827, 17 de Julio de 1995).

Acuerdo entre el gobierno de la República de Panamá y el Gobierno de la República de Colombia sobre las medidas para impedir la desviación de Precursores químicos y sustancias esenciales. Ley 40, de 13 de julio de 1995 (G.O.22, 827, 17 de Julio de 1995).

Acuerdo sobre Asistencia Legal y Cooperación judicial mutua entre el gobierno de la República de Panamá y el Gobierno de la República de Colombia. Ley 42, de 14 de julio de 1995 (G.O, 22,830, 20 de Julio de 1995)

Acuerdo entre la República de Panamá y los Estados Unidos Mexicanos sobre cooperación para combatir el narcotráfico y la farmacodependencia. Ley 54, de 18 de diciembre de 1995- (G.O. 22,934, 20 de Diciembre de 1995).

Acuerdo entre el gobierno de la República de Panamá y el gobierno de la República de Colombia sobre asistencia mutua con relación al tráfico

ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas. Ley 55, de 22 de diciembre de 1995. (G.O. 22,939, 28 de Diciembre de 1995)

I. OTROS CONVENIOS BILATERALES SUSCRITOS PENDIENTES DE RATIFICACION

Convenio sobre Prevención del Uso Indebido y Represión del Tráfico Ilícito de Estupefacientes y de Sustancias Psicoactivas entre el Gobierno de la República de Argentina y el Gobierno de la República de Panamá.

Acuerdo entre la República de Panamá y a la república de Cuba sobre cooperación para combatir el narcotráfico y la demanda ilícita de estupefacientes, sustancias Psicotrópicas y sus consecuencias.

Convenio para combatir el uso indebido, la producción y el tráfico ilícito de Drogas entre la República de Panamá y La República del Perú.

Otro esfuerzo por erradicar el problema de tráfico de droga en la Región Centroamericana es el **Plan Colombia** el cual es una estrategia del Gobierno del Presidente Andrés Pastrana para luchar de manera integral contra el narcotráfico, buscar la paz con las guerrillas, reactivar la alicaída economía nacional y promover el desarrollo en las comunidades pobres.

La iniciativa fue lanzada en septiembre de 1999 y su aplicación involucra el patrocinio de los gobiernos de Estados Unidos, Japón, Colombia y el Unión Europea. Este Plan está basado en el principio de corresponsabilidad en el combate al narcotráfico, igualmente la erradicación de los cultivos de coca y en este aspecto, dirigentes colombianos y de otros países vecinos como Panamá

están preocupados porque puede producirse un desplazamiento de campesinos que perderán su trabajo en los cocalos y quizá de los mismos cultivos, sin embargo, por ahora los únicos afectados son Ecuador y Perú en donde se comenzó la erradicación masiva.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Con el propósito de garantizar el objetivo establecido se plantea desarrollar un estudio cuasiexperimental.

Es cuasiexperimental porque se manipulará la variable independiente para ver su efecto y relación con la variable dependiente y los sujetos a investigar no se han asignado al azar en los grupos, ni emparejado; si no que los grupos ya están formados ante del experimento, son grupos intactos.

El estudio busca especificar las propiedades importantes de los sujetos participantes. Se medirán diversos aspectos, tales como:

- Características generales de los participantes
- Carácter, emociones y sentimientos.
- Conductas agresivas.
- Relación de la baja autoestima con la capacidad de establecer relaciones interpersonales.
- Relaciones familiares
- Efectos de las drogas en los estudios.
- Influencia de las amistades en el uso de drogas.
- Uso del tiempo libre y actividades compartidas con los grupos de pares.
- Falta de control para dejar de ingerir alcohol u otras drogas.
- Frecuencia en el consumo de drogas legales e ilegales.

- Sustancia con la cual, probablemente, inició el consumo de drogas y edad que tenía.

Este diseño cuasiexperimental va destinado a someter a prueba una nueva estrategia de educación que involucra la participación de padres de familia. El método nos permitirá conocer la efectividad de la nueva modalidad educativa y a la vez aprovechar de la realidad modificaciones o cambios en ella.

3.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En relación al planteamiento del problema de una investigación Kerlinger (1975), dice que el mismo debe: “formularse claramente, sin ambigüedad y en forma de pregunta; éste debe expresar la relación entre dos o más variables y su expresión debe ser tal que implique una prueba empírica”. Cumpliendo estos tres requisitos establecidos por este autor, el planteamiento del problema se ha formulado mediante las siguientes interrogantes::

- *¿Existirá alguna variación significativa en el nivel de conocimientos sobre la prevención en el uso de drogas en dos grupos de adolescentes, uno que asistió a un Programa Preventivo sobre el Uso Indebido de Drogas y otro que no asistió?*
- *¿Existirá alguna diferencia significativa en el nivel de conocimientos sobre la prevención en el uso de drogas en un*

grupo de adolescentes que asistió a un Programa Preventivo sobre el Uso Indebido de Drogas, unos que asistieron acompañados de sus padres y madres y otros que asistieron solos?

3.3 HIPÓTESIS DE TRABAJO

En esta investigación se plantean las siguientes hipótesis:

3.3.1. Hipótesis Nula (H_0)

“No existe variación en el nivel de conocimiento sobre la prevención en el Uso Indebido de drogas entre dos grupos de adolescentes, el primero que asistió a un Programa Preventivo sobre el uso indebido de Drogas y el segundo que no asistió”

$$H_0 : \mu_E = \mu_C$$

3.3.2 Hipótesis Alterna (H_1)

“Sí existe variación en el nivel de conocimiento sobre la prevención en el uso de drogas entre dos grupos de adolescentes, el primero que asistió a un Programa Preventivo sobre el Uso Indebido de Drogas y el segundo que no asistió”

$$H_1: \mu_E \neq \mu_C$$

3.3.3 Hipótesis Nula (H_2)

“No existe una diferencia significativa en el nivel de conocimiento sobre la prevención en el uso de drogas en un grupo de adolescentes, unos que asistieron a un Programa Preventivo sobre el Uso indebido de Drogas acompañados de sus padres y otros que asistieron sin la compañía de éstos”

$$H_2: \mu_a = \mu_b$$

3.3.4 Hipótesis Alternativa (H_3)

“Sí existe una diferencia significativa en el nivel de conocimiento sobre la prevención en el uso de drogas en un grupo de adolescentes, unos que asistieron a un Programa Preventivo sobre el uso indebido de Drogas acompañados de sus padres y otros que asistieron sin la compañía de éstos”

$$H_3: \mu_a \neq \mu_b$$

3.4 Definición Operacional de Variables

Para efectos de esta investigación se definen las siguientes variables:

Variable Independiente para H_0 y H_1

- Programa Preventivo sobre el Uso indebido de Drogas.

Variable Independiente para H_2

- Programa Preventivo sobre el Uso indebido de Drogas con compañía de los padres y madres de familia.

Variable Independiente para H_3

- Programa Preventivo sobre el Uso indebido de Drogas SIN compañía de los padres y madres de familia.

Variable Dependiente para H_0 y H_1

- Nivel de conocimiento sobre la prevención en el uso de drogas medido a través del Cuestionario (Pre Test y Post Test).

Variable Dependiente para H_2 y H_3

- Nivel de conocimiento sobre la prevención en el uso de drogas medido a través del Cuestionario (Pre Test y Post Test).

3.5 Definición Conceptual de Variables

V.I. “Programa Preventivo sobre el Uso indebido de Drogas”: programación diseñada y aplicada en los centros escolares en la que se incluyen diversas estrategias que tienen como finalidad elevar los conocimientos de prevención sobre el uso indebido de drogas en los adolescentes de trece a diecisiete años que asisten a los centros escolares”.

V.D. “Nivel de conocimiento sobre la prevención en el uso de drogas” conocimientos que poseen los estudiantes sobre los aspectos relacionados a prevenir el consumo de sustancias adictivas.

3.6 Técnicas de Análisis Estadístico

Para el análisis de datos se utilizarán las siguientes técnicas estadísticas

- De estadística descriptiva: Análisis porcentual aplicado al Instrumento (Pre Test y Post Test).
- De estadística inferencial: para determinar las variaciones y diferencias entre los grupos independientes se aplicará el estadístico t de Student. Con los valores obtenidos se procederá a la Prueba de Hipótesis.

3.7 Instrumentación

Se aplicó un cuestionario que ha sido construido por Nuría Agustina Araguás Sambrano y María Del Rosario Jaén Cabalcagaray (1996) que sustentaron para su Licenciatura en Psicología en la Universidad Santa María La Antigua

Este cuestionario se utilizó como Pre Test y Post Test, consta de una selección múltiple que contiene ochenta (80) ítems, en éstos aparecen un enunciado y cuatro opciones de respuesta cada uno, sobre once (11) temas que forman parte del programa preventivo del uso de drogas psicoactivas.

Las autoras eligieron los contenidos de los temas considerando las necesidades y la problemática más frecuente planteada en la adolescencia y desarrollaron el instrumento bajo las estrictas reglas diseñadas para la elaboración de ítems o reactivos necesarios para construir una prueba.

El lenguaje y redacción del contenido de la prueba estuvieron acordes al nivel del desarrollo intelectual, social y emocional que se espera para la etapa de la adolescencia.

Para que el cuestionario pudiera ser utilizado posteriormente, se debía someter a un procedimiento que ayudara a comprobar la validez de los resultados que se obtuvieron a través de:

- “Contener un número definido de ítems referentes a los contenidos principales de cada uno de los temas del programa, el cuestionario alcanza su validez de contenido.

Para asegurarse de que los ítems reflejaran las ideas principales de los temas, se construyeron los mismos de acuerdo a una tabla de especificación, la cual es utilizada en educación para verificar si un instrumento mide realmente los contenidos que son objeto de la clase o charla que se imparte, atendiendo a lo especificado en la Taxonomía de Benjamín Bloom.

- Después de haber elegido la cantidad de ítems para cada tema y los niveles según la importancia de sus contenidos, se procedió a elaborar los mismos reactivos.
- Luego de la elaboración de los ítems, era necesario que se realizara una prueba previa con un grupo de adolescentes que estuvieran en un rango de edad parecida a la muestra a la cual se pensaba aplicarle el programa, permitiendo verificar si el instrumento era adecuado en su forma y contenido para medir lo que se necesitaba medir y saber que tiempo se requería para llenar dicho cuestionario. La prueba previa se aplicó a 19 adolescentes que pertenecen al grupo PRIDE de la Escuela Profesional Isabel Herrera De Obaldía. Los resultados que se obtuvieron se analizaron estadísticamente, además, muestra la cantidad de

tiempo que demoraron a contestar la prueba y algunos comentarios de los adolescentes sobre la impresión que les causó.

- Con los resultados obtenidos de la prueba previa se consideró que el instrumento era adecuado para ser utilizado con adolescentes, y que su nivel de dificultad era aceptable, logrando en este momento no sólo validez de contenido, sino también validez de construcción” (Araguás y Jaén, 1996).

El formulario (Pre Test – Post Test) fue validado en un grupo de adolescentes de las escuelas del área metropolitana, La Chorrera y Chitré que estaban sujetos al Programa de la Fundación PRIDE, en 1996, fecha que se aplicó a cincuenta y nueve (59) jóvenes de escuelas sujetas al programa de la fundación PRIDE, de ambos sexos, entre doce y diecisiete años de edad.

2.8 Universo y Muestra

La Escuela Pedro Pablo Sánchez, cuenta con una población (estrato) de 230 estudiantes de Tercer Año de los cuales se escogerá una muestra de 127 estudiantes de ambos sexos, entre los 13 y 17 años de edad.

El Primer Ciclo de La Chorrera cuentan con una población (estrato) de 252 estudiantes de Tercer Año de los cuales se escogerá una muestra de 103 estudiantes de ambos sexos, entre los 13 y 17 años de edad. El tamaño de la muestra de ambos centros es de 230, ya que sumamos los 127 de la Escuela Pedro Pablo Sánchez y los 103 del Primer Ciclo de La Chorrera.

El tipo de muestreo y los pasos para seleccionar la muestra se realizará sobre la base del Muestreo Aleatorio Estratificado, denominado también como muestreo aleatorio restringido. Este procedimiento implica una división de la población en grupos, denominados *estratos*, en tal forma que el elemento presente una característica definida que sólo le permitirá pertenecer a un único estrato. Por lo tanto, para que la división por grupos sea efectiva, los factores de estratificación deberán guardar estrecha relación con las características que se investigan y con el objetivo o finalidad del estudio. De esta manera se logra una mayor precisión en los resultados.

En el muestreo aleatorio estratificado se requiere una lista detallada de las unidades que constituyen la población, pero a pesar de lo dispendioso que puede resultar este procedimiento, hay garantía de que queden bien representadas en la muestra.

Para seleccionar el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula.

$$N = \frac{Z^2 pq}{D^2}$$

El valor de Z se obtiene en la tabla, de acuerdo al nivel de confianza establecido por el investigador; en general se trabaja con el 95% (Z=1.96) ó 95.5% (Z=2).

D es el error de muestreo cuyo valor esta dado en términos relativos o de porcentajes. Este error corresponde a la desviación absoluta entre el valor (p) de la muestra y su valor verdadero (P), en la población. En cuanto PQ (varianza

poblacional de una proporción) se encuentra el inconveniente de que el valor de P no se conoce, pero se puede estimar de varias formas:

- a) Dándole a P un valor de 0.50 = 50%; con ello se obtiene el máximo valor de n, como se demostrará más adelante, pues a medida que el valor de P aumenta o disminuye de 0.50, el tamaño de la muestra (n) también disminuye.
- b) Realizando una encuesta preliminar o piloto.
- c) Considerando como valor de P el obtenido o investigaciones anteriores.

Estrato: Pedro Pablo Sánchez = 299

Estrato: Primer Ciclo de La Chorrera = 242

$$\begin{aligned}
 n_o &= \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.05)^2} \\
 n_o &= \frac{0.9604}{(0.05)^2} \\
 n_o &= 384.16 \\
 N &= \frac{384.16}{1+384.16} \\
 &= 562 \\
 N &= 228.4 \\
 N &= \underline{230}
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 230 (242/541) &= 102 \\
 230 (299/541) &= 127
 \end{aligned}$$

El tamaño de la Muestra es igual 230. La Muestra del Colegio Pedro Pablo Sánchez es de 127 estudiantes y la del Primer Ciclo de La Chorrera es de 103 estudiantes. La muestra con un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95%.

Luego de obtener la muestra estratificada por nivel académico se calcula el número de estudiantes por salón. En el Colegio Pedro Pablo Sánchez existen diez (10) salones de tercer año con 33 estudiantes y en el Primer Ciclo de La Chorrera existen 9 salones con 30 alumnos.

Para escoger la muestra por salón se utilizará la modalidad de "tómbola" y se tomará como base el listado oficial de la matrícula por salón. En el Colegio Pedro Pablo Sánchez se escogerán 13 alumnos de tercer año por salón. Y en el Primer Ciclo de La Chorrera 11 alumnos por salón. Que sean proporcional entre el sexo femenino y el masculino.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se hace una exposición detallada de los datos obtenidos mediante la aplicación del Pre Test y el Post a ambos grupos del estudio: el control y el experimental. Se presenta el análisis e interpretación estadística de los mismos. Los resultados de cada instrumento son los siguientes:

4.1. PRESENTACIÓN ESTADÍSTICA PARA LA PRUEBA DE HIPÓTESIS H_0 Y H_1 .

CUADRO I

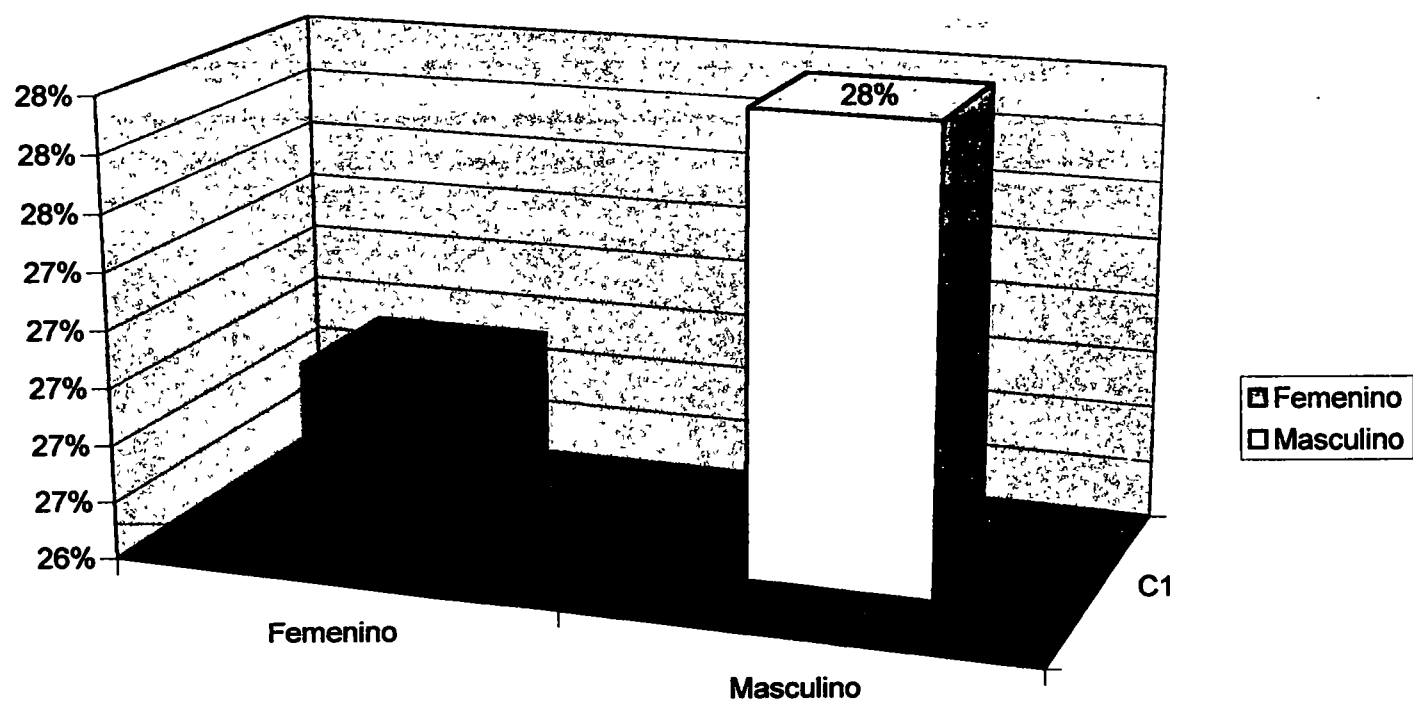
ESTUDIANTES DE LAS ESCUELAS PEDRO PABLO SÁNCHEZ Y PRIMER CICLO DE LA CHORRERA POR EDAD Y SEXO QUE PARTICIPARON EN EL PROGRAMA PREVENTIVO SOBRE EL USO INDEBIDO DE DROGAS AÑO 1999

			ESCUELAS							
EDAD (AÑOS)	TOTAL		PEDRO PABLO SÁNCHEZ				PRIMER CICLO DE LA CHORRERA			
	F	%	MASCULINO		FEMENINO		MASCULINO		FEMENINO	
			F	%	F	%	F	%	F	%
TOTAL	230	100	64	28	63	27	55	24	48	21
17	3	1	0	0	0	0	3	1.3	0	0
16	11	5	2	0.8	3	1.3	5	2	1	0.4
15	73	32	16	6.9	19	8.2	24	10.4	14	6
14	138	60	44	19.1	39	16.9	23	10	32	13.9
13	5	2	2	0.8	2	0.8	0	0	1	0.4

FUENTE: Evaluación aplicada a los estudiantes sujetos del estudio. La Chorrera, 1999.

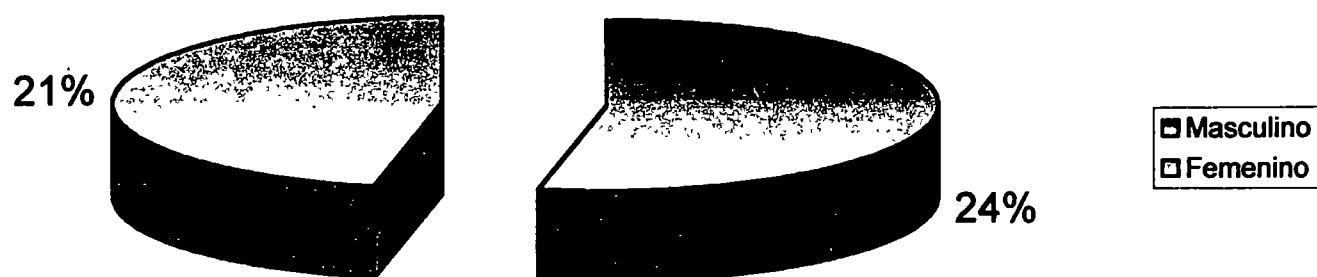
GRÁFICA I

ESTUDIANTES DE LA ESCUELA PEDRO PABLO SÁNCHEZ POR SEXO
QUE PARTICIPARON EN EL PROGRAMA PREVENTIVO SOBRE EL USO
INDEBIDO DE DROGAS AÑO 1999



GRÁFICA II

**ESTUDIANTES DE LA ESCUELA PRIMER CICLO DE LA CHORRERA POR
SEXO QUE PARTICIPARON EN EL PROGRAMA PREVENTIVO SOBRE EL
USO INDEBIDO DE DROGAS
AÑO 1999**



En el Cuadro I se observa que la totalidad de los estudiantes que participaron en el Programa Preventivo sobre el Uso Indebido de Drogas en los colegios Pedro Pablo Sánchez y Primer Ciclo de La Chorrera, fue 230 de los cuales, 64 o sea el 28% correspondían al sexo masculino, mientras que 63 o sea el 27% eran del sexo femenino del colegio Pedro Pablo Sánchez. En relación con la población que participó del Programa por parte del Primer Ciclo de La Chorrera, los resultados obtenidos nos demuestran que 55 o sea el 24% correspondían al sexo masculino, mientras que 48 o sea 21% eran del sexo femenino (Gráfica I y Gráfica II).

Es importante destacar el hecho de que de la totalidad de los sujetos que participaron del programa, 138 o sea el 60% tenían la edad de 14 (catorce) años, edad donde se da con mayor frecuencia la problemática del abuso de sustancias en nuestros jóvenes.

Los estudiantes del colegio Pedro Pablo Sánchez constituyeron el Grupo Experimental (asistieron al Programa) y los del colegio Primer Ciclo de La Chorrera el Grupo Control (no asistieron al Programa). Los cuadros siguientes muestran los datos obtenidos en la aplicación de instrumentos en ambos grupos.

CUADRO II**ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS DEL GRUPO EXPERIMENTAL EN EL
PRET TEST Y POST TEST**

GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO EXPERIMENTAL	
Estadísticas Descriptivas del Pre Test		Estadísticas Descriptivas del Post Test	
Media	44	Media	85
Error típico	2.7	Error típico	2.7
Mediana	39	Mediana	91
Moda	43	Moda	94
Desviación estándar	24.1	Desviación estándar	24.2
Varianza de la muestra	583.0	Varianza de la muestra	587.3
Curtosis	-0.8	Curtosis	8.2
Coefficiente de asimetría	0.4	Coefficiente de asimetría	-3.1
Rango	94	Rango	100
Mínimo	0	Mínimo	0
Máximo	94	Máximo	100
Suma	3510	Suma	6807
Cuenta	80	Cuenta	80

FUENTE: Evaluación aplicada a los estudiantes sujetos del estudio. La Chorrera, 1999.

CUADRO III**ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS DEL GRUPO CONTROL EN EL PRE TEST
Y POST TEST**

GRUPO CONTROL		GRUPO CONTROL	
Estadísticas Descriptivas del Pre Test		Estadísticas Descriptivas del Post Test	
Media	38	Media	54
Error típico	2.1	Error típico	1.9
Mediana	35	Mediana	51
Moda	26	Moda	53
Desviación estándar	18.9	Desviación estándar	16.9
Varianza de la muestra	358.1	Varianza de la muestra	287.2
Curtosis	-0.5	Curtosis	-0.3
Coefficiente de asimetría	0.5	Coefficiente de asimetría	0.2
Rango	82	Rango	84
Mínimo	2	Mínimo	9
Máximo	84	Máximo	93
Suma	3019	Suma	4308
Cuenta	80	Cuenta	80

FUENTE: Evaluación aplicada a los estudiantes sujetos del estudio. La Chorrera, 1999.

En los Cuadros II y III se observan las estadísticas descriptivas en el Pre test y el Post Test para ambos grupos, en base a estos datos se procede a aplicar la Prueba t para medias de dos muestras emparejadas.

Grupos apareados: los mismos sujetos de una muestra son medidos en dos situaciones diferentes, o bien aquellos grupos, de igual número de sujetos, que se han constituido mediante pares de sujetos equivalentes en las variables o factores que influyen sobre los resultados objeto de investigación.

Cuando se trata de comparar dos grupos de observaciones, es importante distinguir el caso en el que son independientes de aquel en el que los datos están apareados. Las series dependientes surgen normalmente cuando se evalúa un mismo dato más de una vez en cada sujeto de la muestra. También se puede encontrar este tipo de observaciones en estudios de casos y controles donde cada caso se aparea individualmente con un control.

En el caso actual queremos comprobar, si realmente se produce un cambio significativo en los niveles de conocimientos sobre la prevención en el uso indebido de drogas de individuos, para lo que se recoge en cada sujeto su nivel de conocimiento antes y después de la aplicación de un programa preventivo del uso de drogas.

En este tipo de análisis el interés no se centra en la variabilidad que puede haber entre los individuos, sino en las diferencias que se observan en un mismo sujeto entre un momento y otro. Por este motivo, resulta intuitivo trabajar con la diferencia de ambas observaciones (en este caso será el aumento de los conocimientos), de modo que se quiere contrastar la hipótesis: ***H₀: El aumento del nivel de conocimientos es nulo,*** frente a la alternativa de que el aumento de conocimientos sea importante (es decir, distinta de cero).

La veracidad de dicha hipótesis puede ser contrastada mediante el Prueba t de Student. Este tipo de métodos tienen como hipótesis fundamental la normalidad de los datos. En este caso, sin embargo, no será necesario que las observaciones en ambos grupos provengan de poblaciones normales, sino que únicamente se requiere verificar la normalidad de su diferencia. Denotando por

μ_d la pérdida media de peso la hipótesis de la que se parte es que: $H_0 : \mu_d = 0$ frente a la alternativa $H_0 : \mu_d \neq 0$

A partir de las observaciones muestrales $\{X_1, X_2, \dots, X_n\}$ e $\{Y_1, Y_2, \dots, Y_n\}$ en cada uno de los grupos se calcula la diferencia de puntaje para cada sujeto $\{d_1, d_2, \dots, d_n\}$ con $d_j = X_j - Y_j$ $j=1, 2, \dots, n$. Nótese que en este caso un requisito fundamental es que se tenga un número igual de observaciones en ambos grupos. A partir de estos datos, el contraste se basa en el estadístico:

$$t = \frac{\bar{d} - \mu_0}{\sigma_d}$$

donde \bar{d} denota la media del cambio en el nivel de conocimientos estimada a partir de la muestra, y σ_d denota la desviación estándar muestral de la diferencia. A partir del análisis de los datos recogidos mediante el Pre Test y el Post Test tenemos:

147
CUADRO IV

ESTADÍSTGRAFOS DEL GRUPO EXPERIMENTAL EN EL PRE TEST Y POST TEST

Estadígrafo	Pre Test	Post Test
Media	44	85.1
Varianza	583.0	587.3
Observaciones	80	80
Coeficiente de correlación de Pearson	0.31	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	79	
Estadístico t	-12.97	
P(T<=t) una cola	0.0000000000000000 000014722	
Valor crítico de t (una cola)	1.66	
P(T<=t) dos colas	0.0000000000000000 000029443	
Valor crítico de t (dos colas)	1.99	

FUENTE: Evaluación aplicada a los estudiantes sujetos del estudio. La Chorrera, 1999.

Se rechaza H_0 , podemos concluir que, con base en estos datos (Cuadro III), existen diferencias significativas, en cuanto a los niveles de conocimientos sobre la prevención en el uso de drogas, antes y después de asistir al programa preventivo.

Como evidencian las estadísticas, después de asistir al programa, se obtuvieron mejores calificaciones en el post test. Con ello se comprueba que en relación a los conocimientos que se quieren transmitir sobre la prevención en el uso indebido de drogas el programa es efectivo.

CUADRO V**ESTADÍGRAFOS DEL GRUPO CONTROL EN EL PRET TEST Y POST TEST**

Estadígrafo	Pre Test	Post Test
Media	38	54
Varianza	358.1	287.2
Observaciones	80	80
Coefficiente de correlación de Pearson	0.82	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	79	
Estadístico t	13.13	
P(T<=t) una cola	0.000000000000000000007340	
Valor crítico de t (una cola)	1.66	
P(T<=t) dos colas	0.0000000000000000000014679	
Valor crítico de t (dos colas)	1.99	

FUENTE: Evaluación aplicada a los estudiantes sujetos del estudio. La Chorrera, 1999.

Al aplicar la Prueba t para medias de dos muestras emparejadas, se rechaza H_0 y se concluye que, con base en estos datos, existen diferencias significativas en cuanto a los niveles de conocimientos sobre la prevención en el uso de drogas, antes y después de la aplicación del post test y que se obtuvieron mejores calificaciones, en el post test (Cuadro V).

Al analizar el porqué se produjo esta diferencia en el grupo control, en el que no hubo ninguna intervención del Programa que se aplicó al grupo experimental, puede deducirse que, probablemente, se deba a factores externos

no controlados como por ejemplo: el interés que puede haber suscitado la prueba en los estudiantes y así informarse en cuanto al tema y a las charlas que, generalmente, brindan los profesores de orientación en este nivel educativo.

Sin embargo, hay que señalar que los puntajes promedio en el post test no fueron muy altos. En promedio fueron de 54 puntos, lo que representa un puntaje deficiente, ya que la prueba consta de 80 preguntas.

CUADRO VI

REPRESENTACIÓN DE LOS ESTADÍGRAFOS MÁS REPRESENTATIVOS PARA LA PRUEBA T PARA DOS MUESTRAS SUPONIENDO VARIANZAS DESIGUALES GRUPO EXPERIMENTAL VS GRUPO CONTROL

Estadígrafo	Grupo Experimental Post Test	Grupo Control Post Test
Media	85	54
Varianza	587.3	287.2
Observaciones	80	80
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	141	
Estadístico t	9.45	
P(T<=t) una cola	0.0000000000000000512	
Valor crítico de t (una cola)	1.66	
P(T<=t) dos colas	0.0000000000000001025	
Valor crítico de t (dos colas)	1.98	

FUENTE: Evaluación aplicada a los estudiantes sujetos del estudio. La Chorrera, 1999.

En el caso en el que se dispone de dos grupos de observaciones independientes con diferentes varianzas, la distribución de los datos en cada grupo no puede compararse únicamente en términos de su valor medio. El contraste estadístico debe tener en cuenta la variabilidad de los datos en cada

población. Obviamente, el primer problema a resolver es el de encontrar un método estadístico que nos permita decidir si la varianza en ambos grupos es o no la misma.

Se quiere contrastar la hipótesis: ***H₀: No hay diferencia en los niveles de conocimientos en los dos grupos*** frente a la alternativa de que el nuevo programa tiene como resultado niveles de conocimientos más altos. La veracidad de dicha hipótesis puede ser contrastada mediante el test t de Student.

Denotando por μ_E el puntaje medio de la prueba de conocimiento del grupo experimental y μ_C el puntaje medio de la prueba de conocimiento del grupo control, la hipótesis de la que se parte es que: ***H₀ : $\mu_E = \mu_C$*** frente a la alternativa ***H₀ : $\mu_E > \mu_C$***

Nótese que en este caso no es un requisito fundamental que se tenga un número igual de observaciones en ambos grupos. A partir de estos datos, el contraste se basa en el estadístico:

$$t = \frac{(\bar{x}_1 - \bar{x}_2) - (\mu_{01} - \mu_{02})}{\sigma_{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}}$$

donde σ_{x-x} denota el error estándar estimado de la diferencia.

Se rechaza H_0 , podemos concluir que, con base en estos datos (Cuadro VI), existen diferencias significativas entre el nivel de conocimientos sobre la prevención en el uso de drogas entre los grupos que asistieron al programa preventivo y los que no asistieron.

4.2. PRESENTACIÓN ESTADÍSTICA PARA LA PRUEBA DE HIPÓTESIS H₂ Y H₃

El Grupo Experimental está constituido por estudiantes del centro escolar Pedro Pablo Sánchez, sin embargo, para establecer si existían diferencias en el nivel de conocimientos entre los que asistieron al Programa Preventivo sobre el uso Indebido de Drogas en compañía de sus padres y madres, se subdividió el mismo en dos grupos. Al grupo que asistió acompañados se les denominó, para efectos de la aplicación estadística, Grupo Experimental y los que asistieron sin la compañía de los padres se les denominó Grupo Control. A continuación se presentan los resultados del análisis de los datos que arrojó el instrumento:

CUADRO VII

**ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS EN EL PRET TEST Y POST TEST DEL
GRUPO QUE ASISTIÓ AL PROGRAMA ACOMPAÑADOS DE SUS PADRES
GRUPO EXPERIMENTAL**

Pre Test		Post Test	
Media	46	Media	88
Error típico	3.3	Error típico	3.1
Mediana	39	Mediana	97
Moda	32	Moda	98
Desviación estándar	29.5	Desviación estándar	27.4
Varianza de la muestra	867.4	Varianza de la muestra	753.1
Curtosis	-1.1	Curtosis	6.7
Coefficiente de asimetría	0.3	Coefficiente de asimetría	-2.9
Rango	98	Rango	100
Mínimo	0.0	Mínimo	0.0
Máximo	98.3	Máximo	100.0
Suma	3649.2	Suma	7049.2
Cuenta	80.0	Cuenta	80

FUENTE: Evaluación aplicada en la Escuela Pedro Pablo Sánchez a 59 estudiantes que asistieron con sus padres al Programa Preventivo sobre el uso indebido de drogas y a 68 que asistieron sin la compañía de éstos. La Chorrera, 1999.

CUADRO VIII

**ESTADÍSTIGRAFOS PARA LA PRUEBA T PARA MEDIAS DE DOS MUESTRAS
EMPAREJADAS DEL GRUPO QUE ASISTIÓ AL PROGRAMA
ACOMPAÑADOS DE SUS PADRES
GRUPO EXPERIMENTAL: PRE TEST Y POST TEST**

Estadístigrafos	Pre Test	Post Test
Media	46	88
Varianza	867.4	753.1
Observaciones	80	80
Coeficiente de correlación de Pearson	0.29	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	79	
Estadístico t	-11.24	
P(T<=t) una cola	0.000000000000000000 2338	
Valor crítico de t (una cola)	1.66	
P(T<=t) dos colas	0.000000000000000000 4675	
Valor crítico de t (dos colas)	2.0	

FUENTE: Evaluación aplicada en la Escuela Pedro Pablo Sánchez a 59 estudiantes que asistieron con sus padres al Programa Preventivo sobre el uso indebido de drogas y a 68 que asistieron sin la compañía de éstos. La Chorrera, 1999.

En base a los datos de los Cuadros VII y VIII se concluye que, existen diferencias significativas en cuanto a los niveles de conocimientos sobre la prevención en el uso de drogas, antes y después de asistir con sus padres al Programa Preventivo sobre el uso Indebido de Drogas.

Como lo muestran los datos, después de asistir al programa, se obtuvieron mejores calificaciones en el post test, esto indica que el programa es efectivo.

CUADRO IX

ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS EN EL PRET TEST Y POST TEST DEL GRUPO QUE ASISTIÓ AL PROGRAMA SIN LA COMPAÑÍA DE SUS PADRES GRUPO CONTROL

Pre Test		Post Test	
Media	43	Media	80
Error típico	2.3	Error típico	2.8
Mediana	38	Mediana	88
Moda	38	Moda	90
Desviación estándar	20.9	Desviación estándar	24.8
Varianza de la muestra	437.5	Varianza de la muestra	616.7
Curtosis	-0.5	Curtosis	5.6
Coefficiente de asimetría	0.5	Coefficiente de asimetría	-2.6
Rango	87	Rango	100
Mínimo	4	Mínimo	0
Máximo	91	Máximo	100
Suma	3456	Suma	6424
Cuenta	80	Cuenta	80

FUENTE: Evaluación aplicada en la Escuela Pedro Pablo Sánchez a 59 estudiantes que asistieron con sus padres al Programa Preventivo sobre el uso indebido de drogas y a 68 que asistieron sin la compañía de éstos. La Chorrera, 1999.

CUADRO X

**ESTADÍSTIGRAFOS PARA LA PRUEBA T PARA MEDIAS DE DOS MUESTRAS
EMPAREJADAS DEL GRUPO QUE ASISTIÓ AL PROGRAMA SIN LA
COMPAÑÍA DE SUS PADRES
GRUPO CONTROL: PRE TEST Y POST TEST**

Estadígrafos	Pre Test	PostTest
Media	43	80
Varianza	437.5	616.7
Observaciones	80	80
Coeficiente de correlación de Pearson	0.04	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	79	
Estadístico t	-10.4	
P(T<=t) una cola	0.0000000000000000770	
Valor crítico de t (una cola)	1.66	
P(T<=t) dos colas	0.0000000000000001540	
Valor crítico de t (dos colas)	1.99	

FUENTE: Evaluación aplicada en la Escuela Pedro Pablo Sánchez a 59 estudiantes que asistieron con sus padres al Programa Preventivo sobre el uso indebido de drogas y a 68 que asistieron sin la compañía de éstos. La Chorrera, 1999.

En base a los datos de los Cuadros X y XI se concluye que, existen diferencias significativas en cuanto a los niveles de conocimientos sobre la prevención en el uso de drogas, antes y después de la aplicación del post test en el grupo que asistió sin la compañía de sus padres al Programa Preventivo sobre el uso Indebido de Drogas. Esto corrobora las conclusiones obtenidas en la prueba de las Hipótesis H_0 y H_1

Se obtuvieron mejores calificaciones en el post test ya que al igual que el grupo experimental asistieron al Programa con la única diferencia que éstos asistieron solos a las sesiones que se les brindaron.

CUADRO XI

**REPRESENTACIÓN DE LOS ESTADÍGRAFOS MÁS REPRESENTATIVOS
PARA LA PRUEBA T PARA DOS MUESTRAS SUPONIENDO VARIANZAS
DESIGUALES
GRUPO EXPERIMENTAL VS GRUPO CONTROL**

Estadígrafos	Grupo Experimental (Con Padres)	Grupo Control (Sin Padres)
Media	88	80
Varianza	753.1	616.7
Observaciones	80	80
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	156	
Estadístico t	1.89	
P(T<=t) una cola	0.03	
Valor crítico de t (una cola)	1.65	
P(T<=t) dos colas	0.06	
Valor crítico de t (dos colas)	1.98	

FUENTE: Evaluación aplicada en la Escuela Pedro Pablo Sánchez a 59 estudiantes que asistieron con sus padres al Programa Preventivo sobre el uso indebido de drogas y a 68 que asistieron sin la compañía de éstos. La Chorrera, 1999.

No se puede rechazar H_0 . En base a los datos del Cuadro XI se concluye que: no existen diferencias significativas entre el nivel de conocimientos sobre la prevención en el uso de drogas entre los grupos que asistieron al programa preventivo con sus padres y los que no asistieron.

Esta situación puede estar relacionada a la importancia que adquieren los coetáneos en la etapa de la adolescencia, en donde la influencia de los padres queda en un segundo plano para darle espacio al grupo de pares y adoptar un nuevo y redefinido sistema de valores y conductas.

4.3. PRESENTACIÓN ESTADÍSTICA POR RESPUESTAS EN EL PRE TEST Y EN POST TEST DEL GRUPO EXPERIMENTAL Y CONTROL

CUADRO XII

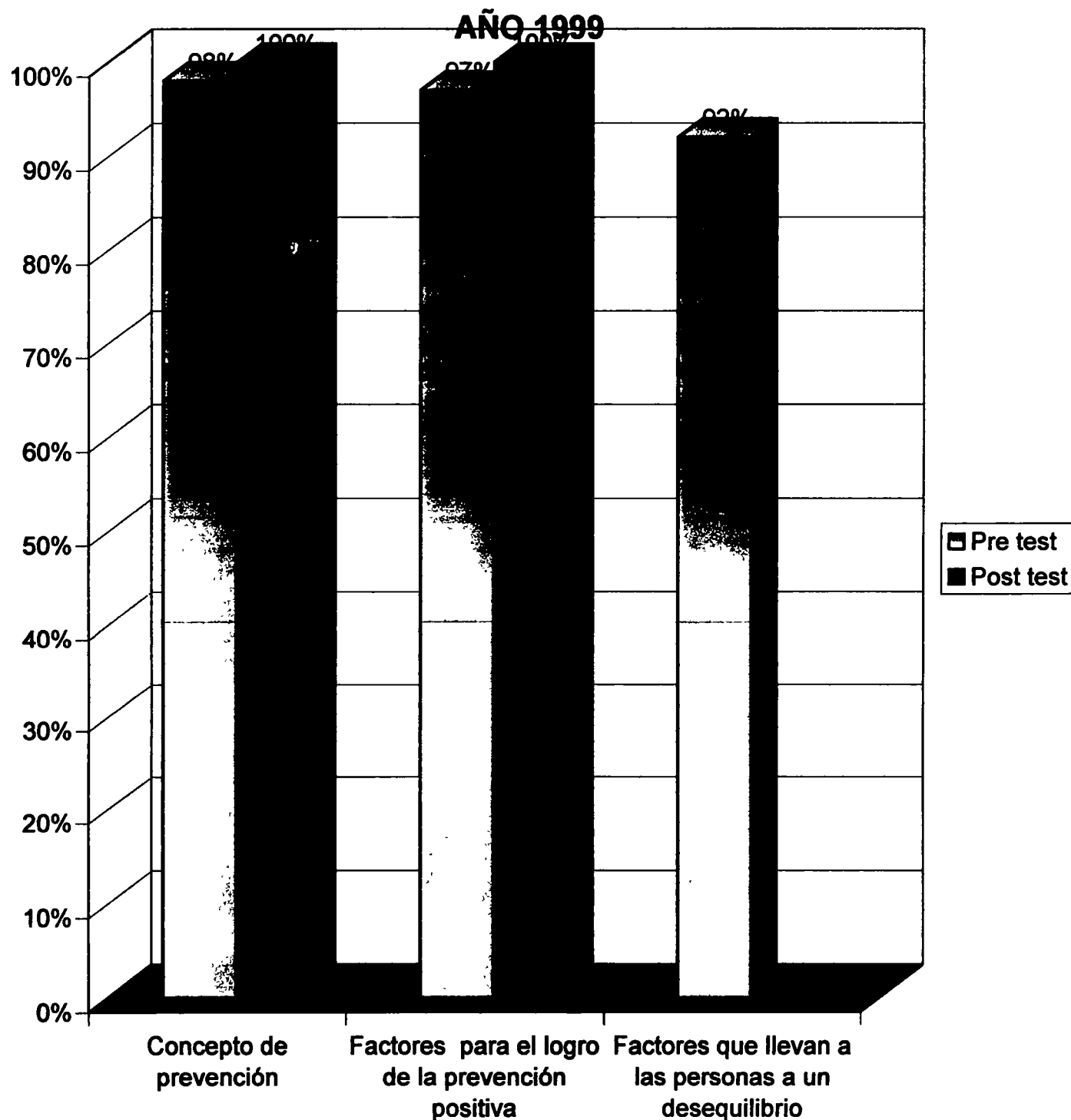
RESPUESTAS CORRECTAS SOBRE PREVENCIÓN EN EL PRE TEST Y POST TEST DE LOS ESTUDIANTES QUE ASISTIERON AL PROGRAMA PREVENTIVO SOBRE EL USO INDEBIDO DE DROGAS DE LA ESCUELA PEDRO PABLO SÁNCHEZ AÑO 1999

ITEM	GRUPO QUE ASISTIO CON SUS PADRES (Experimental)				GRUPO QUE ASISTIO SIN SUS PADRES (Control)			
	PRE TEST		POST TEST		PRE TEST		POST TEST	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Concepto de prevención	58	98	59	100	62	91	68	100
Factores para el logro de la prevención positiva	57	97	59	100	60	88	66	97
Factores que llevan a las personas a un desequilibrio que aumenta la posibilidad de que adquieran conductas negativas	54	92	0	0	36	53	61	90

FUENTE: Evaluación aplicada en la Escuela Pedro Pablo Sánchez a 59 estudiantes que asistieron con sus padres Al Programa Preventivo Sobre el Uso Indebido de Drogas y a 68 que asistieron sin la compañía de éstos. La Chorrera, 1999.

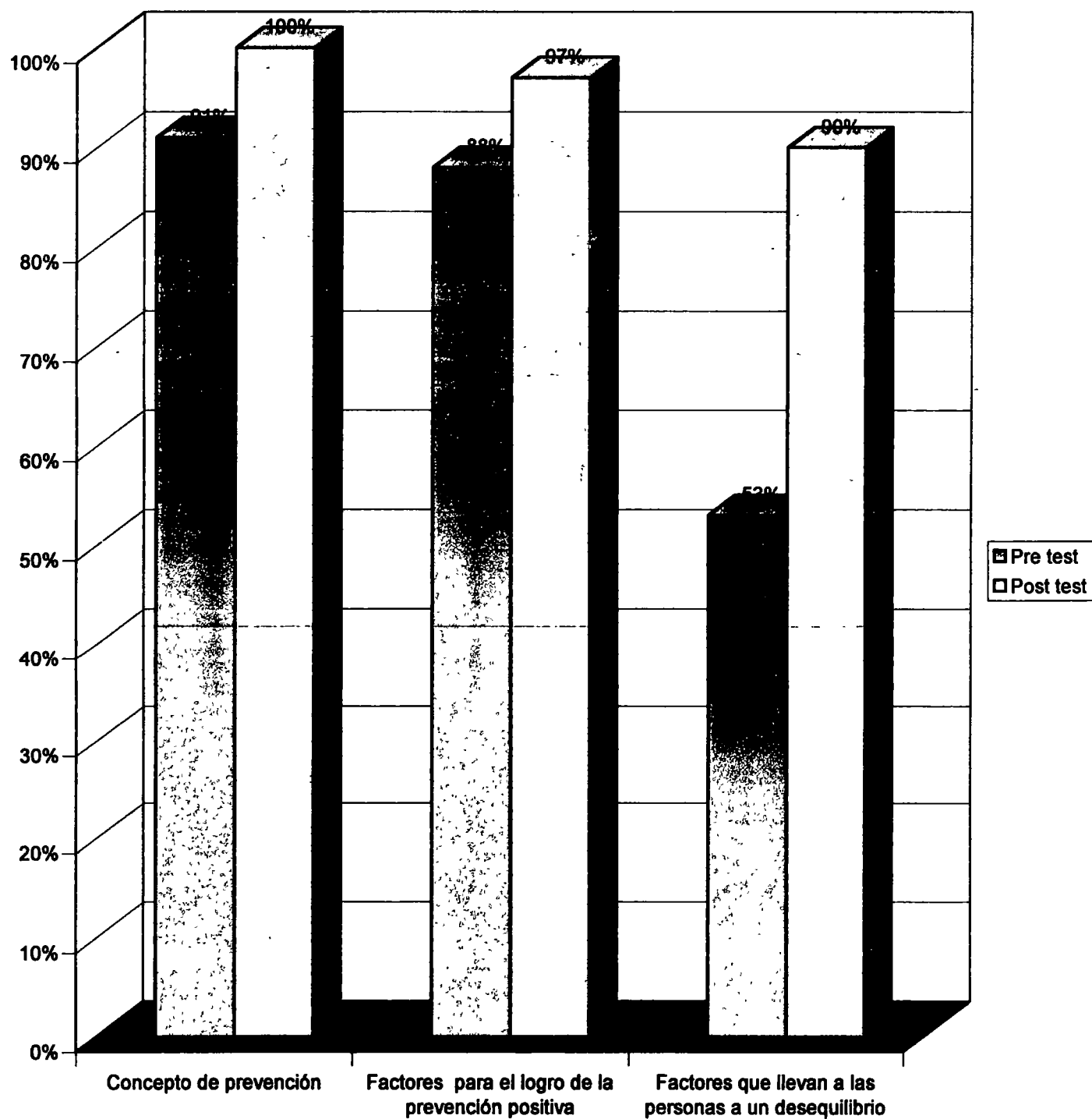
GRÁFICA III

**RESPUESTAS CORRECTAS SOBRE PREVENCIÓN EN EL
PRE TEST Y EN EL POST TEST DE LOS ESTUDIANTES
QUE ASISTIERON CON SUS PADRES AL PROGRAMA
PREVENTIVO SOBRE EL USO INDEBIDO DE DROGAS
DE LA ESCUELA PEDRO PABLO SÁNCHEZ**



GRÁFICA IV

RESPUESTAS CORRECTAS SOBRE PREVENCIÓN EN EL PRE TEST Y POST TEST DE LOS Y LAS ESTUDIANTES QUE ASISTIERON SIN LA COMPAÑÍA DE SUS PADRES AL PROGRAMA PREVENTIVO SOBRE EL USO INDEBIDO DE DROGAS DE LA ESCUELA PEDRO PABLO SÁNCHEZ AÑO 199



En el cuadro XII y en las gráficas III y gráfica IV se puede apreciar el análisis de los resultados obtenidos de las respuestas correctas entre el pre test y el post test, de los grupos de estudiantes que asistieron al Programa Preventivo Sobre el Uso Indebido de Drogas llevado a cabo en el Colegio Pedro Pablo Sánchez, se desprende que del grupo que asistieron con sus padres, el pre test determinó que un total de 58 o sea el 98% de la población conocían el concepto de prevención y que en el post test, después del tratamiento la totalidad manejaba este concepto. Sin embargo, los datos demuestran más variaciones con respecto a esta misma interrogante dentro del grupo que asistió sin sus padres, es decir, 62 o sea el 91% para el pre test y 68% o sea el 100% para el post test.

En lo que respecta a los factores necesarios para una prevención positiva, y descritos en el instrumento como el “establecer una meta en la vida: estar libres de drogas” el 97% o sea 57 de acuerdo al pre test y 59 o sea el 100% en post test fueron las respuestas del grupo de estudiantes que asistieron con sus padres. Este mismo ítem aplicado al grupo que asistió sin sus padres, señala que un 88% o sea 60 tuvo la respuesta correcta para el pre test y 66 o sea 97% para post test.

Dentro de los factores que llevan a las personas a un desequilibrio que aumenta la posibilidad de que adquieran conductas negativas, señalados como: “mala utilización del tiempo libre y la presión del grupo de amigos”, los resultados demuestran que dentro del grupo de estudiantes que asistieron con sus padres 54 o sea 92%, de los que se les aplicó el pre test, y ninguno de los que se les

aplicó el post test contestaron correctamente. Por su parte, en el grupo de estudiantes que asistieron sin sus padres se nota una diferencia significativa en ambos momentos, es decir, 36 o sea el 53% para el pre test y 61 o sea el 90% para el post test.

CUADRO XIII

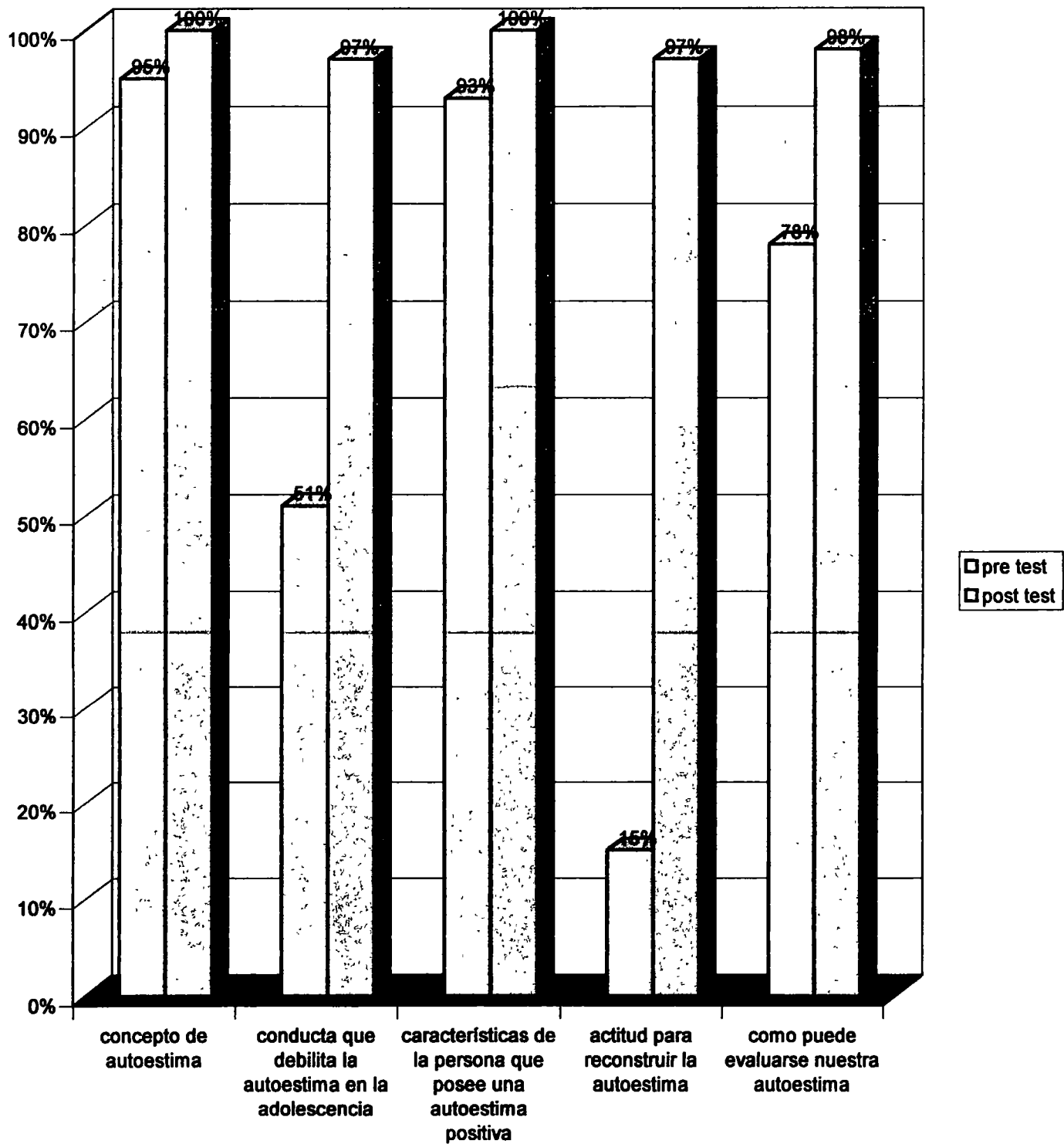
**RESPUESTAS CORRECTAS SOBRE AUTOESTIMA DE LOS ESTUDIANTES
QUE ASISTIERON ACOMPAÑADOS DE SUS PADRES AL PROGRAMA
PREVENTIVO SOBRE EL USO INDEBIDO DE DROGAS DE LA
ESCUELA PEDRO PABLO SÁNCHEZ
AÑO 1999**

ITEM	GRUPO QUE ASISTIÓ CON SUS PADRES (Experimental)				GRUPO QUE ASISTIÓ SIN SUS PADRES (Control)			
	PRE TEST		POST TEST		PRE TEST		POST TEST	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Concepto de autoestima	56	95	59	100	54	79	68	100
Conducta que debilita la autoestima en la adolescencia	30	51	57	97	24	35	58	85
Una característica de la persona que posee una autoestima positiva	55	93	59	100	45	66	61	90
Actitud para reconstruir la autoestima	9	15	57	97	19	28	52	76
Como puede evaluarse nuestra autoestima	46	78	58	98	54	79	0	0

FUENTE: Evaluación aplicada en la Escuela Pedro Pablo Sánchez a 59 estudiantes que asistieron con sus padres al Programa Preventivo sobre el uso indebido de drogas y a 68 que asistieron sin la compañía de éstos. La Chorrera, 1999.

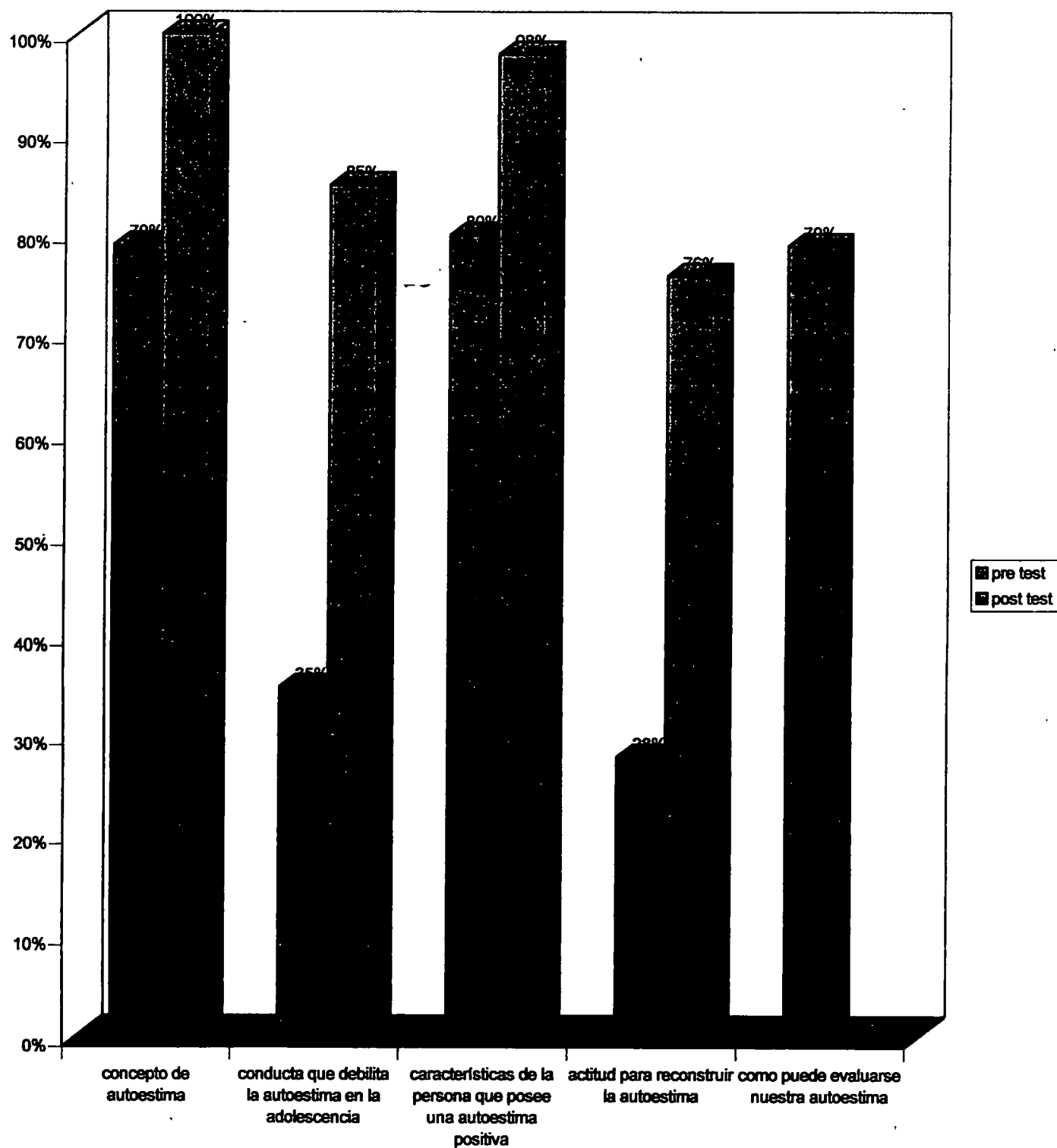
GRÁFICA V

RESPUESTAS CORRECTAS SOBRE AUTOESTIMA DEL GRUPO DE ESTUDIANTES QUE ASISTIERON EN COMPAÑÍA DE SUS PADRES AL PROGRAMA SOBRE EL USO INDEBIDO DE DROGAS DE LA ESCUELA PEDRO PABLO SÁNCHEZ AÑO 1999



GRÁFICA VI

RESPUESTAS CORRECTAS SOBRE AUTOESTIMA DEL GRUPO DE ESTUDIANTES QUE ASISTIÓ SIN LA COMPAÑÍA DE SUS PADRES AL PROGRAMA SOBRE EL USO INDEBIDO DE DROGAS DE LA ESCUELA PEDRO PABLO SÁNCHEZ



En el cuadro XIII y en las Gráfica V y Gráfica VI se evalúa la definición del concepto que manejaban los estudiantes de la Escuela Pedro Pablo Sánchez tanto en grupo que asistió con sus padres, como de aquel que lo hizo sin sus padres. En ese sentido la respuesta correcta del grupo de items de selección múltiple era: "la valoración que tenemos de nosotros mismos", para lo cual el análisis de los resultados demostró que del total de estudiantes que asistieron con sus padres un 95% o sea 56 manejaban perfectamente este concepto; mientras que del grupo que asistió sin sus padres un 79% o sea 54 manejaba bien el concepto, como lo demuestran los resultados del pre test.

En relación a los motivos por los cuales se debilita la autoestima en la adolescencia los estudiantes señalaron como respuesta correcta la alternativa que señala lo siguiente: "porque la imagen corporal cambia y se da la confusión de roles". Queda demostrado a través del análisis de los resultados de ambos grupos de estudiantes que asistieron al programa, ya que 30 de los que asistieron con sus padres opinaron de esta forma en el pre test y en post test se incrementó a 57 lo que representa un 97%. En relación con esta misma pregunta aplicada al grupo que asistió sin sus padres, contestaron 24 o sea 35% en el pre test y aumentando en el post test o sea 58 que representa el 85%. Como se puede observar en ambos grupos el Programa causó un efecto positivo al encausar a los jóvenes de ambos grupos a reconocer los factores que debilitan su autoestima y las estrategias de contingencias para esto.

Como característica que demuestran que una persona posee una autoestima positiva, los entrevistados señalaron que la misma se aprecia

genuinamente a sí mismo; así lo señalaron el 55 de los entrevistados en el pre test y 59 en post test en el grupo de estudiantes que asistieron al programa; mientras que 45 o sea el 90% en el post test de los 68 estudiantes de la Escuela Pedro Pablo Sánchez que asistieron al mismo programa sin la compañía de sus padres, aquí se observa una pequeña diferencia entre los grupos que asistieron con sus padres y los que no.

Como actitudes necesarias que deben adoptarse en los adolescentes para reconstruir la autoestima, los entrevistados señalaron la de: “establecer nuevas metas, cambiar actitudes y revisar su escala de valores”, los estudiantes que asistieron sin los padres al Programa respondieron correcta, 9 o sea el 15% en el pre test y 57 o sea 97% en el post test, como se observa el Programa causó efecto positivo en los jóvenes. Igualmente ocurrió en el grupo de estudiantes que asistieron sin sus padres ya que 19 o sea el 28% en el pre test y 52 o sea 76% en el post test, aquí se evidencia un incremento en las respuestas correcta, lo que nos indica la eficacia del programa.

Dentro de los aspectos que pueden señalarse para evaluar nuestra autoestima, los y las estudiantes señalaron como respuestas correctas aquella que dice que debemos “ocuparnos en primer lugar de nosotros mismos”; así lo señalaron el 78% de los estudiantes del pre test y 98% a los cuales se les aplicó el post test del grupo de estudiantes que asistieron sin sus padres. Es importante destacar que no hubo variación significativa en el grupo de estudiantes que asistieron sin sus padres como lo demuestran los valores obtenidos en el post test.

166
CUADRO XIV

**RESPUESTAS CORRECTAS SOBRE COMUNICACIÓN DE LOS
ESTUDIANTES QUE ASISTIERON ACOMPAÑADOS DE SUS PADRES AL
PROGRAMA PREVENTIVO SOBRE EL USO INDEBIDO DE DROGAS DE LA
ESCUELA PEDRO PABLO SÁNCHEZ
AÑO 1999**

ITEM	GRUPO QUE ASISTIÓ CON SUS PADRES (Experimental)				GRUPO QUE ASISTIÓ SIN SUS PADRES (Control)			
	PRE TEST		POST TEST		PRE TEST		POST TEST	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Concepto de comunicación	23	39	58	98	19	28	66	97
Factores que intervienen en el proceso de comunicación	6	10	0	0	26	38	2	3
Una barrera que rompe la comunicación	51	86	57	97	49	72	61	90
Elementos de la comunicación	12	20	57	97	27	40	55	81
Tipo de comunicación	0	0	54	92	4	6	40	59
Recurso para mejorar la comunicación	49	83	58	98	43	63	57	84
Observación que hace la persona que nos escucha	35	59	58	98	26	38	61	90
Forma de expresar nuestros sentimientos	26	44	57	97	24	35	58	85
Recomendación para cuando se tiene problemas con otra persona	56	95	58	98	42	62	62	91

FUENTE: Evaluación aplicada en la Escuela Pedro Pablo Sánchez a 59 estudiantes que asistieron con sus padres al Programa Preventivo sobre el uso indebido de drogas y a 68 que asistieron sin la compañía de éstos. La Chorrera, 1999.

En el cuadro anterior se enmarcan los ítems relacionados con los elementos de comunicación evaluados a través de los instrumentos aplicados a ambos grupos de estudiantes del Colegio Pedro Pablo Sánchez.

Para lo cual se cuestionó si conocían el concepto de comunicación, al respecto señalaron ambos grupos como respuesta correcta la siguiente: “ un acto a través del cual todos los seres se comunican”; así lo demuestran el 39% de los estudiantes a los cuales se les aplicó el pre test de los que asistieron sin sus padres al programa y 58 o sea un 98% en el post test del mismo grupo.

Por otro lado sólo el 28% de los y las estudiantes que asistieron sin sus padres, contestaron correctamente al pre test; se nota así la eficacia del Programa, ya que en el post test aumentó el conocimiento que se tenía y así quedó demostrado a través de las respuestas emitidas por el 97% de la población a la cual se le aplicó el post test de este mismo grupo.

En el ítem de los factores que intervienen en el proceso de comunicación muy pocos los entrevistados señalaron al “emisor – mensaje – receptor”. Observamos así que solo el 10% de los estudiantes que asistieron con sus padres al programa, respondieron correctamente en el pre test. Se debe destacar que en el post test los valores disminuyeron para ese ítem, por lo que se puede inferir que es un concepto que no llama la atención a los jóvenes del Programa.

Como barreras que se interponen en la comunicación, los entrevistados señalaron como respuesta correcta la siguiente: “culpar a otros y no asumir nuestra responsabilidad”, así lo expresaron el 86% de los y las estudiantes a los

cuales se les aplicó el pre test del grupo que asistió al programa con sus padres y el post test del mismo grupo el 97% contestó correctamente. En el grupo que asistió sin la compañía de sus padres el 72% contestó correctamente en el pre test y en el post test lo hizo un 90%. No observándose entre los grupo una diferencia significativa.

Otro aspecto señalado en el cuadro anterior y que resulta importante destacar es el hecho de que son los recursos que mejoran la comunicación, está el “escuchar sin criticar, ni ofender”, como lo señalaron el 83% de los estudiantes a los cuales se les aplicó el pre test del grupo que asistió al programa en compañía de sus padres y los resultados del mismo grupo en el post test el cual fue de un 98% cuando emitieron sus respuestas correctamente; así como un aumento en las respuestas correctas del post test.

169
CUADRO XV

**RESPUESTAS CORRECTAS SOBRE LIDERAZGO QUE OBTUVIERON EN EL
PRE TEST Y POST TEST LOS ESTUDIANTES QUE ASISTIERON AL
PROGRAMA PREVENTIVO SOBRE EL USO INDEBIDO DE DROGAS DE LA
ESCUELA PEDRO PABLO SÁNCHEZ
AÑO 1999**

ITEM	GRUPO QUE ASISTIÓ CON SUS PADRES (Experimental)				GRUPO QUE ASISTIÓ SIN SUS PADRES (Control)			
	PRE TEST		POST TEST		PRE TEST		POST TEST	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Definición de líder	25	42	58	98	18	26	61	90
Cualidades de un líder	40	68	57	97	47	69	60	88
Tipo de líder que se caracteriza por su debilidad d ante el grupo	1	2	0	0	57	84	63	93
Principio que corresponde al liderazgo	9	15	56	95	25	37	67	98
Tipos de participantes que intervienen en un grupo	7	12	0	0	14	20	56	82
Función de un líder	29	49	58	98	23	34	62	91
Aquello que guía nuestro comportamiento, siendo bueno para uno mismo y para los demás	30	51	55	93	20	29	55	81

FUENTE: Evaluación aplicada en la Escuela Pedro Pablo Sánchez a 59 estudiantes que asistieron con sus padres al Programa Preventivo sobre el uso indebido de drogas y a 68 que asistieron sin la compañía de éstos. La Chorrera, 1999.

En el cuadro XV se puede apreciar que los y las estudiantes que asistieron al Programa en compañía de sus padres no tenían claridad en cuanto

a la definición de "Líder", así quedó demostrado a través de los resultados obtenidos por el 42% de los y las estudiantes que asistieron con sus padres y que contestaron el cuestionario en el pre test. Después de asistir al programa, la mayoría de los estudiantes, definieron que un líder es "aquel que los demás siguen por su propia convicción", de acuerdo a los resultados obtenidos en el post test del mismo grupo, situación similar ocurrió con el grupo de estudiantes que asistieron al programa sin la compañía de sus padres.

Llama poderosamente la atención el efecto que produjo el programa en ambos grupos al documentarlos sobre los principios que corresponden al liderazgo, la función que debe cumplir un líder y la internalización de los valores, ya que quedó demostrado que ambos grupos desconocían estos aspectos y que después emitieron respuestas correctas cuando se demuestra en el post test en ambos grupos.

El concepto de liderazgo está íntimamente ligado a los valores y es en la adolescencia en donde estos conceptos deben reforzarse como herramientas preventivas en la personalidad del adolescente.

171
CUADRO XVI

**RESPUESTAS CORRECTAS SOBRE VALORES EN PRE TEST Y POST
TEST DE LOS ESTUDIANTES QUE ASISTIERON AL PROGRAMA
PREVENTIVO SOBRE EL USO INDEBIDO DE DROGAS DE LA
ESCUELA PEDRO PABLO SÁNCHEZ
AÑO 1999**

ITEM	GRUPO QUE ASISTIÓ CON SUS PADRES (Experimental)				GRUPO QUE ASISTIÓ SIN SUS PADRES (Control)			
	PRE TEST		POST TEST		PRE TEST		POST TEST	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Un criterio en la formación de valores	1	2	2	3	7	10	54	79
Cómo se transmiten los valores	23	39	56	95	27	40	56	82
Valor de tipo personal	9	15	57	97	15	22	60	88
Valor de tipo social	47	80	57	97	28	41	58	85
Necesidad que se tiene de los valores	20	34	55	93	16	23	58	85

FUENTE: Evaluación aplicada en la Escuela Pedro Pablo Sánchez a 59 estudiantes que asistieron con sus padres al Programa Preventivo sobre el uso indebido de drogas y a 68 que asistieron sin la compañía de éstos. La Chorrera, 1999.

En el cuadro XVI se enumeran los ítems relacionados con el concepto de valores. En este concepto se demuestra la eficacia del Programa ya que cuatro de los ítems puntuaron más alto en el post – test.

Así se puede observar que para el ítem “un criterio en la formación de valores”, para los Y LAS estudiantes que asistieron con sus padreS no hay un incremento significativo en el post –test, no así para los que asistieron sin sus

padres en donde el aumento en las puntuaciones de las repuestas correctas es marcado.

En los ítems siguientes se muestra un aumento en las respuestas correctas tanto para los estudiantes que asistieron con sus padres como para los que no asistieron con sus padres, aquí es importante recordar que la familia es la primera entidad dedicada a la transmisión de los valores lo que puede verse reflejado en las diferencias de las puntuaciones de valores entre los grupos, en donde el grupo que asistió con sus padres obtuvo mejores puntuaciones.

CUADRO XVII

**RESPUESTAS CORRECTAS SOBRE SEXO EN EL PRE TEST Y POST TEST
DE LOS ESTUDIANTES QUE ASISTIERON AL PROGRAMA PREVENTIVO
SOBRE EL USO INDEBIDO DE DROGAS DE LA
ESCUELA PEDRO PABLO SÁNCHEZ
AÑO 1999**

ITEM	GRUPO QUE ASISTIÓ CON SUS PADRES (Experimental)				GRUPO QUE ASISTIÓ SIN SUS PADRES (Control)			
	PRE TEST		POST TEST		PRE TEST		POST TEST	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Definición de sexualidad	7	12	56	95	56	82	59	87
Relación entre sexo y sexualidad	19	32	1	2	35	51	7	10
Concepto de masturbación	41	69	58	98	34	50	61	90
Concepto de embarazo	56	95	59	100	59	87	64	94
Una característica de las enfermedades venéreas	54	92	58	98	44	65	59	87
Un ejemplo de disfunción sexual	29	49	56	95	14	20	56	82
Concepto de virginidad	19	32	57	97	26	38	57	84
Concepto de aborto	31	52	58	98	23	34	60	88

FUENTE: Evaluación aplicada en la Escuela Pedro Pablo Sánchez a 59 estudiantes que asistieron con sus padres al Programa Preventivo sobre el uso indebido de drogas y a 68 que asistieron sin la compañía de éstos. La Chorrera, 1999.

En el cuadro XVII se puede apreciar que los jóvenes que asistieron al programa desconocen en gran medida la definición de sexualidad, así lo demostraron el 12% de los estudiantes que contestaron el pre test del grupo de estudiantes que asistieron en compañía de sus padres y el 82% de los Y LAS estudiantes que asistieron sin la compañía de sus padres. Después de asistir al programa ambos grupos escogieron como respuesta correcta del post test aquella alternativa que a la letra dice: "la relación entre un hombre y una mujer".

Otro aspecto relevante del cuadro anterior es el relacionado con el conocimiento que poseen los estudiantes en relación a las enfermedades venéreas; en ambos grupos se puede observar que poseían conocimiento al respecto, así lo demuestran los resultados obtenidos en las pruebas de pre test y post test. Esto es reconfortante ya que los adolescentes pueden evitar el contagio de enfermedades venéreas.

174
CUADRO XVIII

**RESPUESTAS CORRECTAS SOBRE EMOCIONES EN EL PRE TEST Y POST
TEST DE LOS ESTUDIANTES QUE ASISTIERON AL PROGRAMA
PREVENTIVO SOBRE EL USO INDEBIDO DE DROGAS DE LA
ESCUELA PEDRO PABLO SÁNCHEZ
AÑO 1999**

ITEM	GRUPO QUE ASISTIÓ CON SUS PADRES (Experimental)				GRUPO QUE ASISTIÓ SIN SUS PADRES (Control)			
	PRE TEST		POST TEST		PRE TEST		POST TEST	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Concepto de emoción	6	10	58	98	21	31	52	76
Factores que integran una emoción	9	15	56	95	16	24	54	79
Un factor que afecta las emociones	21	36	59	100	33	48	57	84
Señalar un tipo de emoción	21	36	58	98	24	35	64	94
Modos de cómo las emociones afectan la conducta	21	36	58	98	25	37	60	88
Norma para evitar expresar nuestras emociones en forma negativa	34	58	57	97	35	51	62	91
Un "tip" para lograr la adecuada expresión de nuestras emociones	19	32	58	98	26	38	5	7
Una característica de un individuo emocionalmente maduro	35	59	57	97	24	35	58	85

FUENTE: Evaluación aplicada en la Escuela Pedro Pablo Sánchez a 59 estudiantes que asistieron con sus padres al Programa Preventivo sobre el uso indebido de drogas y a 68 que asistieron sin la compañía de éstos. La Chorrera, 1999.

Se puede apreciar en el Cuadro XVIII el desconocimiento por parte de ambos grupos sobre el concepto de emoción, así quedó demostrado a través de los resultados obtenidos en el pre test. Posterior al programa aumentó el conocimiento de este concepto como lo demuestran los resultados del post teste aplicado a ambos grupos de estudiantes, donde el 98% de los que asistieron en compañía de sus padres contestó correctamente y el 76% de los resultados de los estudiantes que asistieron sin la compañía de sus padres al programa.

Dentro de los factores que afectan a las emociones de los estudiantes se señalaron a la Droga y como característica que distinguen a los individuos emocionalmente maduros, los estudiantes de ambos grupos después de asistir al programa señalaron que es aquel que “respeto y ama a sus semejantes y a sí mismo”.

En general el manejo de los conceptos relacionados con las emociones fue mejorado después del programa, esta situación es de capital importancia cuando se trata de adolescentes, en donde el identificar emociones, expresarlas y manejarlas se convierte en una tarea difícil. Una guía adecuada y no directiva ayuda a prevenir situaciones de riesgo en el que se encuentra el abuso de sustancias como medio de evasión a las emociones.

CUADRO XIX

**RESPUESTAS CORRECTAS SOBRE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN
EL PRE TEST Y POST TEST DE LOS ESTUDIANTES QUE ASISTIERON AL
PROGRAMA PREVENTIVO SOBRE EL USO INDEBIDO DE DROGAS DE LA
ESCUELA PEDRO PABLO SÁNCHEZ
AÑO 1999**

ITEM	GRUPO QUE ASISTIÓ CON SUS PADRES (Experimental)				GRUPO QUE ASISTIÓ SIN SUS PADRES (Control)			
	PRE TEST		POST TEST		PRE TEST		POST TEST	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Noción sobre anuncios comerciales	6	10	59	100	11	16	51	75
Niveles de percepción en que operan los sentidos	19	32	55	93	16	24	58	85
Nivel en el que es afectada nuestra mente a través de la publicidad	22	37	57	97	26	38	62	91
Personas que se proyectan a través de los medios de comunicación y a las cuales se imitan	13	22	59	100	23	34	55	81
Estrategias publicitarias utilizadas para vender drogas	49	83	59	100	39	57	64	94
Conducta que adoptamos al no poder satisfacer necesidades creadas por los comerciales	4	7	56	95	15	22	57	84
Conocimiento necesario sobre el beneficio o daño de un producto anunciado por los medios de comunicación	20	34	53	90	18	26	60	88

FUENTE: Evaluación aplicada en la Escuela Pedro Pablo Sánchez a 59 estudiantes que asistieron con sus padres al Programa Preventivo sobre el uso indebido de drogas y a 68 que asistieron sin la compañía de éstos. La Chorrera, 1999.

Los y las estudiantes señalaron que dentro de las estrategias publicitarias utilizadas para vender drogas que utilizan los medios de comunicación están: “la belleza, el poder y el sexo”, así lo demuestran los resultados obtenidos en el post test aplicados a ambos grupos.

El 95% de los y las estudiantes que asistieron programa en compañía de sus padres y que contestaron el post test y el 84% de los estudiantes que asistieron sin la compañía de sus padres y que contestaron el mismo instrumento señalaron que algunos comerciales les crean nuevas necesidades que los llevan a sentir un vacío y al no poder llenarlo recurren al consumo de drogas. Este señalamiento se debe tomar en consideración por parte de los padres de familia y así vigilar el tipo de información que reciben sus hijos y poder así realizar los correctivos necesarios y evitar así el consumo progresivo de drogas que se da entre nuestros jóvenes.

Los resultados obtenidos en esta investigación nos sirven como marco de referencia para elaborar programas de prevención, los cuales deben ser tan atractivos como la publicidad que los adolescentes están consumiendo y que introyectan como forma de vida.

178
CUADRO XX

**RESPUESTAS CORRECTAS SOBRE TOMA DE DECISIONES EN EL PRE
TEST Y POST TEST DE LOS ESTUDIANTES QUE ASISTIERON AL
PROGRAMA PREVENTIVO SOBRE EL USO INDEBIDO DE DROGAS DE LA
ESCUELA PEDRO PABLO SÁNCHEZ
AÑO 1999**

ITEM	GRUPO QUE ASISTIÓ CON SUS PADRES (Experimental)				GRUPO QUE ASISTIÓ SIN SUS PADRES (Control)			
	PRE TEST		POST TEST		PRE TEST		POST TEST	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Beneficio de la toma de decisiones	42	71	59	100	52	76	64	94
Para tomar una buena decisión se necesita	1	2	52	88	3	4	56	82
Un paso en el proceso de la toma de decisiones	44	74	57	97	48	70	58	85
Aspecto que nos dificulta tomar una buena decisión	44	74	58	98	41	60	65	96
Cosas que podemos hacer para evitar la presión negativa	27	46	55	93	26	38	64	94
Cómo podemos intervenir más en el futuro de nuestra vida	19	33	58	98	32	47	65	96

FUENTE: Evaluación aplicada en la Escuela Pedro Pablo Sánchez a 59 estudiantes que asistieron con sus padres al Programa Preventivo sobre el uso indebido de drogas y a 68 que asistieron sin la compañía de éstos. La Chorrera, 1999.

El programa ayudó a los y las estudiantes de ambos grupos a conocer sobre la importancia de tomar decisiones, ya que señalaron como respuesta correcta aquella alternativa que dice que "les ayuda a solucionar problemas de la

mejor manera posible” así lo demostró el 100% de los estudiantes que asistieron con sus padres al programa y a los cuales se les aplicó el post test, y el 94% de los estudiantes que asistieron sin sus padres y a los cuales se les aplicó el mismo instrumento.

El programa enseñó a los y las estudiantes que ellos deben intervenir más en su futuro cuando son capaces de tomar sus propias decisiones y no se dejan influenciar por las presiones de los demás, así contestaron el 98% de los estudiantes que asistieron en compañía de sus padres y el 96% de los estudiantes que asistieron sin sus padres al programa y a los cuales se les aplicó el post test. (Cuadro XX).

180
CUADRO XXI

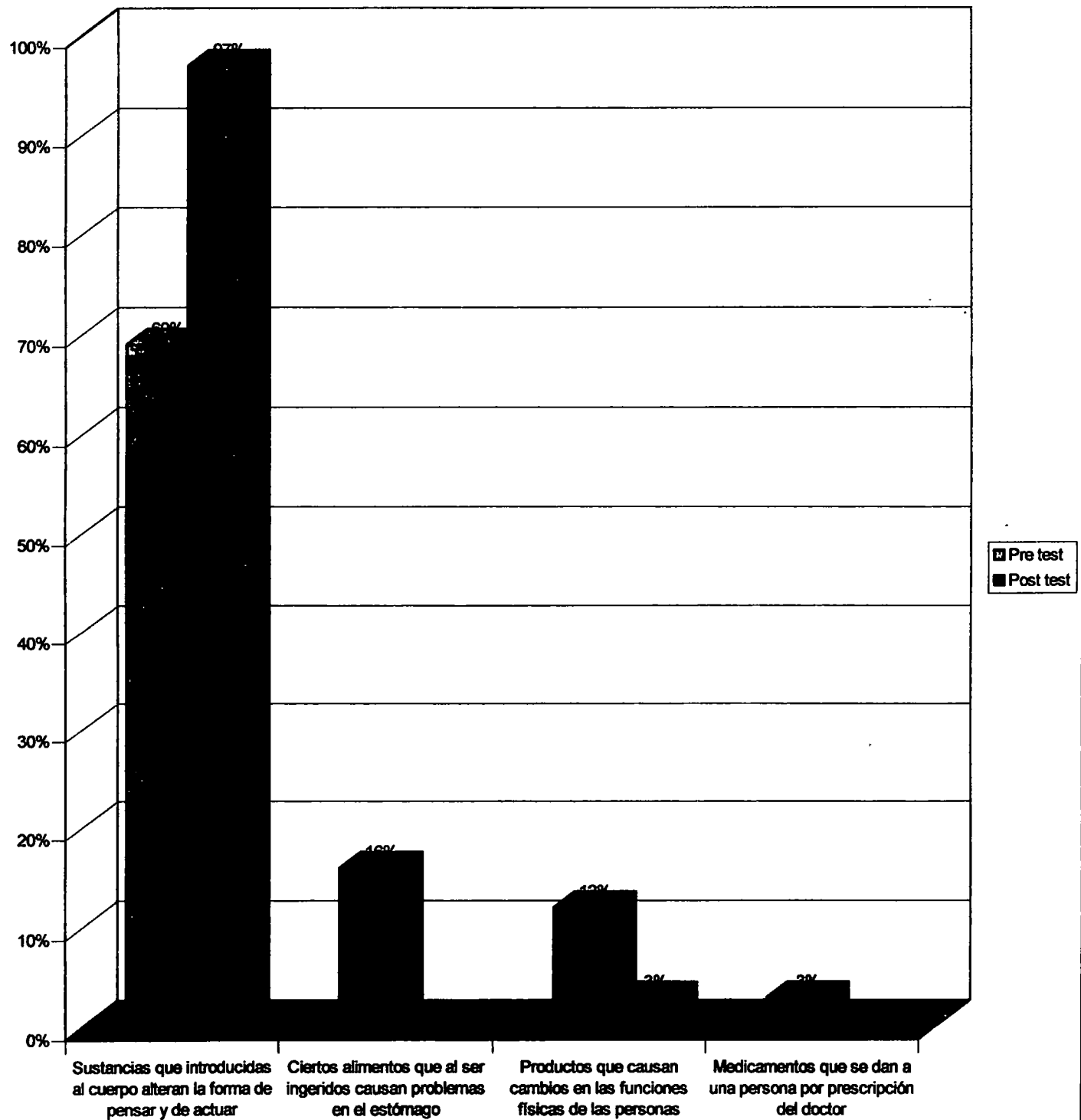
**DEFINICIÓN DE DROGAS QUE FUE SELECCIONADA EN EL PRE TEST Y
POST TEST POR LOS ESTUDIANTES QUE ASISTIERON AL PROGRAMA
PREVENTIVO SOBRE EL USO INDEBIDO DE DROGAS DE LA
ESCUELA PEDRO PABLO SÁNCHEZ
AÑO 1999**

LAS DROGAS SON	GRUPO QUE ASISTIÓ CON SUS PADRES (Experimental)				GRUPO QUE ASISTIÓ SIN SUS PADRES (Control)			
	PRE TEST		POST TEST		PRE TEST		POST TEST	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Sustancias que introducidas al cuerpo alteran la forma de pensar y de actuar	53	90	59	100	47	69	66	97
Ciertos alimentos que al ser ingeridos causan problemas en el estómago	1	2	0	0	11	16	0	0
Productos que causan cambios en las funciones físicas de las personas	5	8	0	0	8	12	2	3
Medicamentos que se dan a una persona por prescripción del doctor	0	0		0	2	3	0	0

FUENTE: Evaluación aplicada en la Escuela Pedro Pablo Sánchez a 59 estudiantes que asistieron con sus padres al Programa Preventivo sobre el uso indebido de drogas y a 68 que asistieron sin la compañía de éstos. La Chorrera, 1999.

GRÁFICA VII

DEFINICIÓN DE DROGAS QUE FUE SELECCIONADA POR EL GRUPO DE ESTUDIANTES QUE ASISTIERON SIN LA COMPAÑÍA DE SUS PADRES AL PROGRAMA SOBRE EL USO INDEBIDO DE DROGAS DE LA ESCUELA PEDRO PABLO SÁNCHEZ AÑO 1999



Como se puede apreciar en el Cuadro XXI y en Gráfica VII el 100% de los estudiantes que asistieron al Programa con sus padres y el 97% de los estudiantes que asistieron sin éstos, señalaron correctamente en el post test la respuesta que contiene la definición de droga: “Droga son sustancias que introducidas en el cuerpo, alteran la forma de pensar, de sentir y de actuar”.

Esto es importante, ya que cuanto más se conozca sobre el peligro de las drogas, más los adolescentes se alejarán de ellas, y poder así, minimizar sus efectos en la sociedad panameña. A la vez nos indica que los programas preventivos sobre el abuso de sustancias muchas veces se dirigen exclusivamente a informar y es importante incluir en ellos talleres dedicados al aprendizaje de estrategias para la solución de problemas, manejo de emociones, capacitación de líderes, entre otros, tal como se realizó en el Programa de este estudio.

CUADRO XXII

**RESPUESTAS CORRECTAS SOBRE ADICCIÓN EN EL PRE TEST Y POST
TEST DE LOS ESTUDIANTES QUE ASISTIERON AL PROGRAMA
PREVENTIVO SOBRE EL USO INDEBIDO DE DROGAS DE LA
ESCUELA PEDRO PABLO SÁNCHEZ
AÑO 1999**

ITEM	GRUPO QUE ASISTIÓ CON SUS PADRES (Experimental)				GRUPO QUE ASISTIÓ SIN SUS PADRES (Control)			
	PRE TEST		POST TEST		PRE TEST		POST TEST	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Una causa que induce a los jóvenes a entrar en el mundo de las drogas	23	39	54	92	29	43	58	85
Concepto de adicción	56	95	58	98	52	76	67	98
Un tipo de consumidor de drogas	19	32	56	95	20	29	61	90
Características de la enfermedad de la adicción	20	34	58	98	25	37	64	94
Una etapa de la enfermedad de la adicción	12	20	55	93	16	24	60	88

FUENTE: Evaluación aplicada en la Escuela Pedro Pablo Sánchez a 59 estudiantes que asistieron con sus padres al Programa Preventivo sobre el uso indebido de drogas y a 68 que asistieron sin la compañía de éstos. La Chorrera, 1999.

Los resultados obtenidos en los grupos que se les aplicó el pre test y el post test conocen el concepto de adicción, ya que señalaron como respuesta correcta aquella que dice "la enfermedad causada por el consumo repetido de una droga y su deseo urgente de obtenerla". (Cuadro XXII)

Podemos destacar la importancia del reconocer las características de la enfermedad de la adicción, ya que esto ayudará a los estudiantes a identificar compañeros que estén abusando de drogas.

Como una etapa importante de la enfermedad de la adicción el 98% de los estudiantes que asistieron al programa en compañía de sus padres y a los cuales se les aplicó el post test y el 88% de los estudiantes que asistieron sin sus padres y a los que se les aplicó el mismo instrumento escogieron “aquella donde se acepta el problema y se pide ayuda”. Mientras no se reconozca que se tiene un problema de adicción por parte del adicto, cualquier ayuda que se le brinde no progresa porque no ha reconocido que tiene un problema y debe salir de él.

CUADRO XXIII

**RESPUESTAS CORRECTAS SOBRE LOS EFECTOS DE LAS DROGAS EN
EL PRE TEST Y POST TES DE LOS Y LAS ESTUDIANTES QUE ASISTIERON
AL PROGRAMA PREVENTIVO SOBRE EL USO INDEBIDO DE DROGAS DE
LA ESCUELA PEDRO PABLO SÁNCHEZ
AÑO 1999**

ITEM	GRUPO QUE ASISTIÓ CON SUS PADRES (Experimental)				GRUPO QUE ASISTIÓ SIN SUS PADRES (Control)			
	PRE TEST		POST TEST		PRE TEST		POST TEST	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Una efecto que tienen las drogas en nuestra salud	26	44	57	97	36	53	55	81
Un factor que hace variar los efectos que causan las drogas de una persona a otra	9	15	52	88	18	30	54	79

FUENTE: Evaluación aplicada en la Escuela Pedro Pablo Sánchez a 59 estudiantes que asistieron con sus padres al Programa Preventivo sobre el uso indebido de drogas y a 68 que asistieron sin la compañía de éstos. La Chorrera, 1999.

El programa enseñó a los y las estudiantes que la salud se afecta como consecuencia del uso de drogas, ya que causa dependencia física y psicológica, y que un factor que hace variar los efectos que causan las drogas es el tener metas en la vida. Estos conocimientos debe ser reforzados siempre, ya que la etapa de la adolescencia se caracteriza por minimizar los riesgos potenciales de las drogas. (Cuadro XXIII)

CUADRO XXIV

**RESPUESTAS CORRECTAS SOBRE LOS TIPOS DE LAS DROGAS EN EL
PRE TEST Y POST TEST DE LOS ESTUDIANTES QUE ASISTIERON AL
PROGRAMA PREVENTIVO SOBRE EL USO INDEBIDO DE DROGAS DE LA
ESCUELA PEDRO PABLO SÁNCHEZ
AÑO 1999**

ITEM	GRUPO QUE ASISTIÓ CON SUS PADRES (Experimental)				GRUPO QUE ASISTIÓ SIN SUS PADRES (Control)			
	PRE TEST		POST TEST		PRE TEST		POST TEST	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Clasificación de las drogas según sus efectos	31	52	55	93	33	48	61	90
Característica de las drogas estimulantes	16	27	56	95	23	34	62	91
Un ejemplo de una droga depresora	14	24	47	80	16	24	53	78
Un tipo de droga que produce cambios en el conocimiento, percepción y la conciencia	15	25	56	95	18	26	57	84
Drogas que se derivan del opio	7	12	55	93	13	19	60	88
Forma de presentación de las drogas inhalantes	23	39	55	93	21	31	45	66

FUENTE: Evaluación aplicada en la Escuela Pedro Pablo Sánchez a 59 estudiantes que asistieron con sus padres al Programa Preventivo sobre el uso indebido de drogas y a 68 que asistieron sin la compañía de éstos. La Chorrera, 1999.

El 93% de los y las estudiantes que asistieron al programa en compañía de sus padres y el 90% de los estudiantes que asistieron sin la compañía de sus padres y a los cuales se les aplicó el post test pudieron identificar correctamente la clasificación de las drogas, las características de las drogas estimulantes y

depresoras entre otras. Esto esta relacionado con la información científica que deben brindar los programas de prevención de drogas. (Cuadro XXIV)

CUADRO XXV

**RESPUESTAS CORRECTAS EN EL PRE TEST Y POST TEST DE LOS
ESTUDIANTES QUE ASISTIERON AL PROGRAMA PREVENTIVO SOBRE EL
USO INDEBIDO DE DROGAS DE LA
ESCUELA PEDRO PABLO SÁNCHEZ SOBRE METAS
AÑO 1999**

ITEM	GRUPO QUE ASISTIÓ CON SUS PADRES (Experimental)				GRUPO QUE ASISTIÓ SIN SUS PADRES (Control)			
	PRE TEST		POST TEST		PRE TEST		POST TEST	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Definición de meta	49	83	59	100	38	56	64	94
Objetivo de establecer metas	47	80	59	100	45	66	64	94
Cómo se forma una meta individual	46	78	59	100	46	68	67	100
A qué se refiere una meta de grupo	19	32	59	100	29	43	0	0
Recomendación para cuando nos encontramos con obstáculos para alcanzar las metas	10	17	55	93	14	20	5	7
Ejemplo de una meta formal	19	32	58	98	31	46	60	88
Ejemplo de una meta operacional	45	76	59	100	50	74	61	90

FUENTE: Evaluación aplicada en la Escuela Pedro Pablo Sánchez a 59 estudiantes que asistieron con sus padres al Programa Preventivo sobre el uso indebido de drogas y a 68 que asistieron sin la compañía de éstos. La Chorrera, 1999.

El cuadro XXV demuestra resultados favorables en cuanto al manejo de los conceptos relacionados con las metas y objetivos de cada uno/a después de la asistencia al programa por ambos grupos así lo demostraron el 100% de los estudiantes que asistieron con sus padres y el 94% de los estudiantes que asistieron sin sus padres y a los cuales se les aplicó el post test.

Se debe destacar que en algunos de los ítems existen diferencias entre las puntuaciones correctas de los estudiantes que asistieron con sus padres y los que no asistieron con sus padres, obteniendo mayores puntuaciones correctas los estudiantes que asistieron al programa en compañía de éstos. Esta situación, probablemente, se deba a la importancia que dan los padres en ser guías para el futuro y en enseñar a sus hijos a plantearse metas y trazarse objetivos.

CONCLUSIONES

1. El análisis estadístico de los resultados indican que existen diferencias significativas, entre el nivel de conocimientos sobre la prevención en el uso de drogas entre los grupos que asistieron al programa preventivo y los que no asistieron. Los que asistieron tienen un mayor grado de conocimiento con ello se comprueba que el programa es efectivo en relación a los conocimientos que se quieren transmitir sobre la prevención en el uso indebido de drogas.
2. Con base a los datos analizados se puede concluir que, no existen diferencias significativas entre el nivel de conocimientos sobre la prevención en el uso de drogas entre el grupo que asistió al programa preventivo con sus padres y los que asistieron sin la compañía de éstos.
3. Los resultados obtenidos muestran que la mayoría de la población participante en esta investigación, conoce los conceptos relacionados con la prevención sobre el uso indebido de drogas, esto indica que a los jóvenes están llegando los mensajes protectores en materia de salud física y mental.
4. El 95% de los estudiantes que asistieron al programa en compañía de sus padres y el 79% de los estudiantes que asistieron sin sus padres conocen el concepto de autoestima, no obstante desconocen los factores que la debilitan y la forma de reconstruirla.
5. Concluido el Programa se observó que , los jóvenes incrementaron sus conocimientos, tanto en los factores que debilitan la autoestima como en la

forma de reconstruirla, esto indica la efectividad del Programa tanto en la parte informativa como en la formativa.

6. En cuanto a los aspectos que se refieren a la comunicación con las figuras parentales y con los coetáneos , los y las estudiantes, señalaron respuestas incorrectas en el pre test. Estas puntuaciones mejoraron en el post test. Esto es indicativo de la eficacia del Programa ,en esta área, lo cual es considerada crítica en la prevención del uso de drogas.
7. El Programa produjo efectos positivos en ambos grupos al documentarlos sobre los principios que corresponden al liderazgo y sobre la función que debe cumplir un líder. Quedó demostrado que ambos grupos desconocían estos aspectos y después del adiestramiento emitieron respuestas correctas en el post test.
8. En relación a las respuestas en el pre test sobre a la internalización de los valores, el 34% de los y las estudiantes que asistieron al programa en compañía de sus padres y el 23% los las estudiantes que acudieron al programa sin la compañía de estos contestaron en forma correcta, lo que indica que desconocían lo relacionado a este aspecto. Al aplicárseles el Programa, las respuestas correctas se incrementaron, tanto para los que asistieron con sus padres (93%) como para los que no asistieron con éstos (85%).
9. En el área de la sexualidad los conceptos que los y las jóvenes dominan, son aquellos relacionados a las infecciones de transmisión sexual y el embarazo, no así otros conceptos. Esto indica que el énfasis en educación

sexual se está dando a estos aspectos, dejando a un lado otros temas fundamentales para una buena educación sexual.

10. Los resultados indican que sólo el 10% de los y las estudiantes que asistieron al Programa con sus padres y 31% de los que asistieron sin éstos conocían el concepto de emoción; una vez concluido el Programa sus respuestas correctas se incrementaron en un 98% y 76% respectivamente.
11. La mayoría de los y las estudiantes que asistieron Programa señalaron en el post test que algunos comerciales les crean nuevas necesidades que los llevan a sentir un vacío y al no poder llenarlo recurren al consumo de drogas.
12. Sólo el 2% de los y las estudiantes que asistieron al Programa con sus padres y el 4% de los que asistieron sin éstos, reconocen los elementos necesarios para tomar una buena decisión. Esto se debe, probablemente, a que la adolescencia es un periodo caracterizado por lo difícil que es la toma de decisiones y lo vulnerable que se vuelve el joven al no poder tomar decisiones correctas. Estos porcentajes se incrementaron después que asistieron al Programa.
13. El 100% de los y las estudiantes que asistieron con sus padres y el 97% que asistieron sin sus padres al Programa, identificaron la definición correcta de "droga" en el post test. Estos datos comprueban que la misión informativa del Programa tuvo efectividad.
14. El 95% de los y las estudiantes que asistieron al programa en compañía de sus padres y el 76% de los estudiantes que asistieron sin la compañía de éstos, evidencian en el pre test que tienen conocimiento del concepto de

“adicción”, no obstante, muestran desconocimiento sobre las causas, características y consecuencias de la adicción.

15. Un alto porcentaje de los y las estudiantes no conocían sobre los diferentes tipos de drogas que existen ni sus presentaciones.
16. Referente al manejo de los conceptos relacionados con las metas y objetivos de cada uno/a de los y las participantes, las puntuaciones correctas se incrementaron después de la asistencia al Programa: en el 100% de los estudiantes que asistieron con sus padres y en el 94% de los estudiantes que asistieron sin sus padres.
17. La publicidad que llega hasta nuestros jóvenes está creando necesidades de consumo específicas e identificables.

RECOMENDACIONES

1. Los Programas Preventivos que se implementen en las Escuelas Básicas deben incluir esferas tanto cognoscitivas como conductuales, tendientes a internalizar conductas positivas.
2. Los Programas preventivos sobre el uso indebido de drogas deben desarrollarse en conjunto con las circunstancias que influyen y participan en ella. Las familias, las escuelas, el grupo de amigos, la comunidad y el gobierno; ya que dentro de nuestras estructuras representan los agentes activos de socialización.
3. La prevención sobre el consumo de sustancias debe incluirse en las escuelas como parte del curriculum y no como programas anexos a éste.
4. En materia de prevención, la continua actualización y adecuación de datos es sumamente importante, ya que surgen nuevas drogas y nuevas formas de consumo, es por ello que los modelos de prevención deben adecuarse continuamente.
5. En la creación de programas preventivos se debe tomar en cuenta las características propias de la edad y sexo a la que se dirigirá el programa y utilizar éstas características como medios para hacer los más efectivos.
6. Es importante regular y sancionar los medios publicitarios de manera que éstos no se conviertan en agentes de riesgo para el consumo de sustancias.
7. Implementar medidas como la creación de grupos estudiantiles supervisados para disminuir el riesgo de la necesidad de pertenencia tan marcada que se

en la adolescencia y que se convierte en situación de riesgo para el consumo de sustancias.

8. Es importante que en los programas preventivos sobre el uso indebido de drogas incluyan temas relacionados con el manejo de la emociones, ya que existe un desconocimiento marcado de parte de los estudiantes en cuanto a este concepto.
9. Es fundamental que los programas preventivos sobre el uso indebido incluyan talleres encaminados al reconocimiento, manejo y expresión de las emociones y que consideren el liderazgo, ya que se convierte en factor protector en la adolescencia para evitar situaciones de riesgo.
10. Orientar al estudiantado sobre las pautas publicitarias que le indican estilos de vida no reales para así evitar caer en el consumismo y en el hedonismo.
11. Utilizar los talleres y dinámicas presentadas en el Programa Preventivo sobre el Uso Indebido de Drogas que se incluye en este estudio en las clases de Orientación y de Educación Familiar en los centros escolares del Distrito de La Chorrera.
12. Considerar la participación de los padres, madres y educadores (as) en las jornadas de prevención sobre el uso indebido de drogas dirigido a adolescentes, ya que estos pueden constituirse en multiplicadores de información.
13. Implementar en todos los centros escolares de educación básica y del nivel medio, programas preventivos como el que se presenta en este estudio,

como medida eficaz de prevenir el alto consumo de drogas que se está dando en nuestro medio y preservar de este modo la salud pública.

14. Que los padres y madres establezcan desde la primera infancia una comunicación abierta, basada en el respeto a la individualidad y a los valores sociales y familiares cónsonos con la realidad del momento.
15. Incrementar la creación de escuelas para padres y madres a fin de brindarles conocimientos sobre el desarrollo bio- sico- social del niño y del adolescente.

BIBLIOGRAFÍA

ABERASTURY, Arminda. La Adolescencia Normal: un enfoque psicoanalítico / Arminda Aberasturi y Mauricio Knobel (coaut). – 1ª. ed.—Buenos Aires, Argentina : Editorial Paidós, 1971. – 163p.

ALCALDIA, Mayor de Santa Fe de Bogotá. Unidad Coordinadora de Prevención Integral. Colombia: Folleto. 1997.

ANGEÑA, Escallon Emiliani. Prevención Integral una respuesta a la drogadicción y otros problemas de la juventud. Colombia: Ministerio de Educación Nacional, Plan Nacional de prevención de Drogadicción. 1987. - -p

ARAGUAS, Nuria y JAÉN, María. Diseño, aplicación y evaluación de un Programa de Prevención y Drogas para la Fundación PRIDE de Panamá dirigido a Adolescentes. Panamá. 1996.

BARROSO de Young, Zenaida. El fortalecimiento de la educación como una alternativa para solucionar la problemática de la drogadicción / Zenaida Barroso de Young, Oderay Garibaldi E. de Cevallos. – Panamá : Universidad, 1993. – 157p.

BRID, Wendy y otras. Glosario de Términos utilizados en Terapia Familiar. Universidad Santa María la Antigua. Maestría en Ciencias de la Familia. Panamá. 1996. - -p 186

CEDENO, Miguel. Coalición de Panamá por una Comunidad Libre de Drogas. Boletín julio – octubre 1998, año II Volumen 9. Panamá.- - p. 42

CENTER for substance Abuse Prevention, 1993, Prevention Primer: And Encyclody of Alcohol, Tabaco, and other drugs Prevention Terms. U.S.A.

COALICIÓN DE PANAMÁ, por una Comunidad Libre de Drogas. Estudio Diagnóstico y Factores de Riesgo para el Consumo de Tabaco, Alcohol y otras Drogas en Escolares Panameños de Primer Ciclo Secundario. 1997. - -s.n.

CODIGO PENAL, Artículo 256. Colombia: Editorial Moreno Pujol. 4ª Ed.. 1992. -- p. 129

COLUCHE POLANCO, Luigi. La medida cautelar personal de detención Preventiva en los delitos relacionados con drogas / Luigi Coluche

Polanco. – Panamá : Universidad, 1998. – 325p.

COMISIÓN Nacional para el estudio y la Prevención de los Delitos
Relacionados con Droga – C. O.N.A.P.R.E.D., 1996, Estrategia Nacional
en Materia de Drogas. Panamá. 1996 – 2001. - -p. 65

CONSTITUCIÓN POLÍTICA de 1972, reformada por los Actos Reformativos de
1978 y el Acto Constitucional de 1983.- -p. 52

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. Panamá en Cifras. Años 1995-
1999. Panamá, Octubre de 2000. --p. 204

CRUZ Blanca Panameña. "Libre de Drogas". Panamá : Cruz Blanca Panameña
1997. – sn.

"La Droga está al alcance de la Juventud". En Análisis. – p.23- 24. – Vol.7,
Nº10, Octubre, 1985.

DURKEIM, Emile. Las reglas del método sociológico / Emile Durkeim, Antonio
Ferrer y Robert, tr. – 2a.ed. – México : Premia Editorial, 1982. –122p.

ESCOBAR, Raúl Tomás. El crimen de la droga: tóxicos, depresores,
Estimulantes, drogadicción, narcotráfico, lavado de dinero, SIDA, mafias,
Geoestrategia, narcoterrorismo / Raúl Tomás Escobar. – 2ª. Ed. – Buenos
Aires : Editorial Universidad, 1995. – 525p.

F. de Pachar, Roxana. Los Padres de Familia y su rol en la prevención del
Uso de la droga / Panamá América. – p.2B. – 7 de febrero de 1993.

GARBUTT, Eneida. Factores de riesgo que influyen en el consumo de drogas
En estudiantes de escuelas secundarias / Eneida Garbutt, Gloria
Hernández. – Panamá : Universidad, 1996. – 109p.

GIMENO Sacristán, José. Comprender y transformar la enseñanza / José
Gimeno Sacristán, Angel Pérez Gómez (coaut). – 1ª. Ed. – Madrid :
Ediciones Morata, 1992. – 447p.

HORMECHEA, Froilán. El Mundo Perverso de las Drogas. Panamá. 1992.
- - p. 343.

JOAN, Cale March. La Generación TV. Granada: Escuela Andaluza de Salud
Pública. 1994. - - p. 290

- JARAMILLO, Berta. Curso Bases Filosóficas de la Ciencia y Metodología de Investigación. Post - Grado en Desarrollo Social Comunitario.
- KALINA, Eduardo. Los Padres ante las Drogas: una cuestión de información / Eduardo Kalina, M.C. Molina y et. Al. . – Bilbao : EDEX Kolektibao, 1992.
- LEE, Cronbach. Psicología Educativa. México: Editorail Pax. 1970. - - p. 690.
- MARQUEZ, Marcela. "Esbozo para una política preventiva al problema de la Droga". .—En: El Panamá América. – p.4B. – 4 de Abril de 1993.
- MIPPE. Informe Social, 1998.
- OEA/CICAD – OPS, MINISTERIO DE SALUD Investigación Epidemiológica sobre el Consumo de Sustancia Psicoactivas, 1996. –s.n
- PRATT, Henry. Diccionario de Sociología, México: Fondo de Cultura Económica. 1992.
- PROCURADORÍA GENERAL DE LA NACIÓN. Boletín Informativo CO. NA. PRED. Panamá. 1996.
- RIQUELME, Nelsón. Niveles de Prevención en Orientación Familiar. Panamá.
- SAMPIERI, Roberto y otros. Metodología de la Investigación. México: McGraw – Hill Interamericana. -- p. 352.
- SÁNCHEZ, Ana. Guía Instruccional para la Prevención y Lucha Contra las Drogas, Venezuela: Comisión Nacional Contra el Uso Ilícito de las Drogas – CONACUID . 1993.
- Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas. (SIDUC). Volumen III: América Central, Panamá y República Dominicana, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD/OEA)
- SOPENA, Ramón. Nuevo Diccionario Ilustrado SOPENA de la Lengua Española, España: Editorial S.A.
- Unidad Regional de Asistencia Técnica para el Sector Social. Preparación y Gestión de Proyectos Sociales: Rutas Orientadoras; Ruta Social.
- USIS, et.al. La Familia: el mejor Frente contra las Drogas, Guatemala:

Programa de Educación Básica Integral, del Asociación de Amigos del País de Guatemala, Servicio Informativo y Cultural de los estados Unidos de Guatemala. ANAPRO

VALDÉS FADUL, Luis Carlos. La drogadicción de menores en Panamá / Luis Carlos Vadés Fadul. – Panamá : Universidad, 1993. – 119p.

WHITTAKER, James. Psicología. México: Editorial Interamericana. 1979.
-- p. 290.

ANEXOS

ANEXO I

**UNIVERSIDAD DE PANAMA
FACULTAD DE MEDICINA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

PROGRAMA DE PREVENCIÓN SOBRE EL USO INDEBIDO DE DROGAS

**CUESTIONARIO Nº 1
PRE TEST**

Estimado(a) Estudiante:

- Estamos realizando una investigación que tiene como objetivo conocer, los efectos de la aplicación de un Programa Preventivo de Drogas en tu Escuela en el año de 1999.
- Por tal motivo agradecemos tu colaboración respondiendo sinceramente al presente cuestionario, confeccionado por las Licenciadas en Psicología: Nuria Agustina Araguás Sambrano y María Del Rosario Jaén Cabal Cageray.
- Al responder el cuestionario, no debe firmar ni escribir su nombre, es anónimo.
- Al terminar, depositas el cuestionario en el lugar indicado.
- Recuerda que la información es estrictamente confidencial.
- Muchas gracias por tu colaboración.

FECHA: _____ SEXO: _____

EDAD: _____ COLEGIO: _____

INSTRUCCIONES: *a continuación presentamos una serie de preguntas referentes a los temas del programa de prevención. Sólo vas a seleccionar UNA respuesta correcta, encierre en un círculo la letra a la que corresponda; lea cuidadosamente cada pregunta y no deje ninguna sin responder.*

1. La prevención se refiere a:

- a) Rehabilitar a una persona impedida.
- b) Dar tratamiento a un enfermo.
- c) Evitar algo antes de que suceda.
- d) Accidentes automovilísticos, Dengue y SIDA.

2. Para contribuir en el logro de la prevención positiva, sólo se necesita:

- a) Establecer una meta en la vida: "Estar libres de drogas".
- b) Imitar ejemplos de personas ligadas al tráfico y consumo de drogas.
- c) Búsqueda de experiencias placenteras y aventuras peligrosas.
- D Promoción de antivalores, como consumismo, agresividad e individualismo.

3. Factores que llevan a las personas a un desequilibrio que aumenta la posibilidad de que adquieran conductas negativas:

- a) Estar informados de las consecuencias negativas del uso de drogas.
- b) Mala utilización del tiempo libre y la presión del grupo de amigos.
- c) Estimular el logro del desarrollo del potencial propio.
- d) Proveer un ambiente con imágenes positivas de cómo ser.

4. Autoestima es:

- a) La habilidad del individuo dirigida hacia las personas.
- b) Nuestro valor monetario según nosotros mismos.
- c) La valoración de las cosas que tenemos, sin saber por qué.
- d) La valoración que tenemos de nosotros mismos.

5. En la adolescencia, la autoestima se debilita:

- a) Porque la imagen corporal cambia y se da la confusión de roles.
- b) Acepta que comete errores y aprende de ellos.
- c) Maneja su agresividad.
- d) No se disgusta de sí mismo y le agradan los demás.

6. Una característica de la persona que posee una autoestima positiva es:

- a) Se deja influenciar por los demás.
- b) Está a la defensiva y se frustra con facilidad.
- c) Se siente impotente.
- d) Se aprecia genuinamente a sí mismo.

7. La información y las opiniones que nos dan sobre nuestros actos los seres queridos se llama:

- a) Conversación.
- b) Retroalimentación.
- c) Comunicación.
- d) Bochinche.

8. Si alguien tiene la autoestima baja, puede reconstruirla a través de:

- a) Acumular propósitos inalcanzables y difíciles para sí mismo.
- b) Tomar decisiones donde culpar a los demás si algo sale mal.

- c) Establecer nuevas metas, cambiar actitudes y revisar su escala de valores.
- d) Ponerse en manos de los demás y ceder el control sobre sí mismo.

9. Para elevar nuestra autoestima es necesario:

- a) Ser temerosos ante las situaciones de la vida.
- b) Desconfiar de nuestras posibilidades.
- c) Defender los derechos propios lesionando los ajenos.
- d) Ocuparnos en primer lugar de nosotros mismos.

10. Una forma de definir la comunicación es:

- a) Un acto a través del cual todos los seres se comunican.
- b) El proceso de intercambio de información entre dos o más personas.
- c) Un dialecto que se usaba en la edad media.
- d) Un nivel de inteligencia superior que tienen las personas.

11. En el proceso de la comunicación intervienen:

- a) Emisor- receptor- responde.
- b) Hablar- escuchar- responder
- c) Emitir- escuchar- responder.
- d) Emisor- mensaje- receptor.

12. Una barrera que interrumpe la comunicación es:

- a) Reconocer las cosas positivas que hacen los demás.
- b) Respetar las opiniones de los demás.
- c) Culpar a otros y no asumir nuestra responsabilidad.
- d) Expresar nuestros sentimientos verbalmente.

13. Indique cuál de los siguientes es un elemento de la comunicación:

- a) El vocal.
- b) El papel.
- c) El sonido.
- d) La lengua.

14.Cuál de los siguientes puede considerarse un tipo de comunicación:

- a) Abierta.
- b) No verbal.
- c) Activa.
- d) Cerrada.

15. Un recurso para mejorar nuestra comunicación es:

- a) Hablar siempre de uno mismo y de nuestros éxitos.
- b) Responder rápido y dejar a los otros hablando solos.
- c) Escuchar sin criticar, ni ofender.
- d) Hablar de otras personas.

18. Cuando alguien observa nuestra postura, expresión del rostro y nota

los cambios en nuestro tono de voz:

- a) Está aburrido y quiere cambiar de tema de conversación.
- b) No le interesa lo que está ocurriendo ni lo que pensamos.
- c) Está preocupado y no está en disposición de atender.
- d) Nos demuestra que está escuchando y poniendo atención.

17. Una forma de expresar nuestros sentimientos es:

- a) Expresar lo negativo que tienen las personas.
- b) Usar muchas palabras para decir algo.
- c) Estar de acuerdo entre lo que se dice y las palabras.

- d) Actuar de acuerdo al momento y a la situación que se nos presenta.

18. Qué se recomienda hacer cuando se tienen problemas con otra persona:

- a) Expresar lo que sentimos, asegurándonos que sea en forma amable y sin herir a los demás.
- b) Molestarnos, desilusionarnos o ponernos tristes.
- c) Expresar lo que sentimos directamente, sin importar lo que piensa la otra persona.
- d) Expresar lo que sentimos en cualquier lugar o momento en que se encuentre.

19. Un líder se define como:

- a) Aquel que los demás siguen por su propia convicción.
- b) La persona que manda y dirige un grupo.
- c) Un jefe o una autoridad dentro de un grupo.
- d) El que complace a todos individualmente.

20.Cuál de estas cualidades corresponde a un líder:

- a) Conocer el arte de despertar el interés de los demás.
- b) No actuar democráticamente.
- c) Monopolizar la discusión.
- d) Prevalecer su opinión por encima de la de los demás.

21. Tipo de líder que se caracteriza por su debilidad ante el grupo:

- a) Democrático.
- b) Débil.
- c) Leseferista.

d) Autocrático.

22. Cuál de estos principios corresponden al liderazgo:

- a) Principio de la autoestima.
- b) Principio de la responsabilidad.
- c) Principio múltiple.
- d) Principio de la acción.

23. Identifique los tipos de participantes que intervienen en un grupo:

- a) Asteroide.
- b) Viajero.
- c) Náufrago.
- d) Satélite.

24. Qué función cumple un líder:

- a) Una función matemática.
- b) Una función de cumplimiento de los objetivos de grupo.
- c) Una función de satisfacción individual dentro de grupo.
- d) Una función de mando.

25. Aquello que guía nuestro comportamiento, siendo bueno para uno mismo y para los demás, se conoce como:

- a) Sexualidad.
- b) El poder.
- c) Valores.
- c) Drogas

26. Mencione uno de los criterios en el proceso de formación de un valor:

- a) Seleccionar muchas alternativas que sean iguales.
- b) Haber elegido libre y racionalmente dentro de varias alternativas.

- c) No actuar de acuerdo a ninguna alternativa.
- d) Actuar antes de pensar las alternativas y las consecuencias.

27. Cómo se pueden transmitir los valores:

- a) En forma de herencia genética y natural.
- b) En forma sencilla y sin complicaciones.
- c) En forma de herencia moral de padres a hijos y en la relación con otras personas.
- d) En forma de sueños que nos transmiten nuestros padres y amigos.

28. Señale cuál de estos valores es de tipo personal:

- a) Realización del ser.
- b) Justicia.
- c) Solidaridad.
- d) Lealtad y fidelidad.

29. Señale cuál de estos valores es de tipo social:

- a) Justicia.
- b) Dinero.
- c) Inteligencia.
- d) Perseverancia

30. Los valores son necesarios porque:

- a) Nos ayudan a ser aceptados por los demás, al llevarle la contraria a nuestros padres.
- b) Sobrevaloran la riqueza, impidiendo la satisfacción de las aspiraciones.
- c) Acumulan cierto número de experiencias sociales, sexuales y de poder.

- d) Le dan sentido a nuestra vida, permiten obtener madurez y éxito en nuestras metas.

31. Se entiende por sexualidad:

- a) La relación entre un hombre y una mujer.
- b) Reproducción, embarazo y el criar los hijos.
- c) Todo lo relacionado con nuestro cuerpo, el sexo, los sentimientos y el placer.
- d) Las creencias que tenemos sobre el sexo.

32. La sexualidad es algo natural y cultural a la vez porque:

- a) Es rápida y eficaz.
- b) Nacemos con ella, es necesaria y aprendida.
- c) Tiene que ver con el sexo.
- d) Porque la sociedad nos lo impone.

33. La masturbación es:

- a) Una enfermedad producida por las relaciones sexuales.
- b) Considerada como pecado.
- c) Una forma de sentir placer con nuestro propio cuerpo.
- d) Una práctica exclusiva de los hombres.

34. El embarazo se da:

- a) Cuando un espermatozoide logra fertilizar un óvulo.
- b) Cada vez que se tiene sexo.
- c) Cuando somos mayores de edad.
- d) Cuando una mujer se desarrolla sexualmente

35. Una característica de las enfermedades venéreas es:

- a) Pueden ser mortales y ocultarse por mucho tiempo sin presentar síntomas.
- b) Son fáciles de curar; no hace falta ir al médico.
- c) Son difíciles de contagiar.
- d) Se transmiten sólo cuando hay penetración en la mujer.

36. Un ejemplo de una disyunción sexual puede ser:

- a) El embarazo.
- b) Adicción al sexo.
- c) Coito.
- d) Menstruación.

37. Se considera que una mujer es virgen cuando:

- a) Nos demuestra que es una buena mujer.
- b) Tiene su himen intacto, lo cual es un sello de garantía.
- c) Es una buena amante cuando está con su pareja.
- d) No ha tenido relaciones sexuales con ningún hombre.

38. El aborto es:

- a) Algo que debería hacerse más a menudo y sin restricciones.
- b) La mejor solución a nuestros problemas.
- c) Una decisión exclusiva de la mujer.
- d) De alto riesgo, la madre puede quedar estéril o incluso morir.

39. El término emoción denota:

- a) La medición directa de los sentimientos.
- b) Sentimientos, impulsos, reacciones físicas y fisiológicas.
- c) Que la persona ha alcanzado la felicidad.
- d) La cantidad de éxitos que ha logrado una persona.

40. De los factores que se presentan a continuación, cuáles integran una emoción:

- a) Factores intelectuales.
- b) Factores naturales.
- c) Factores externos.
- d) Factores sociales.

41. Un factor que afecta las emociones es:

- a) La música.
- b) El dinero.
- c) El arte.
- d) La droga.

42. Señale un tipo de emoción de la siguiente lista:

- a) Frío.
- b) Ira.
- c) Maldad.
- d) Belleza.

43. Modos como las emociones afectan la conducta:

- a) Si la emoción es positiva, ayuda a que la persona se sienta rechazada dentro de un grupo.
- b) Si la emoción fomenta la frustración en la participación social, ayudando al individuo.
- c) Si la emoción da satisfacción a las personas y se repite con el tiempo, puede convertirse en un hábito.
- d) Si la emoción es negativa, ayuda a un mejor desarrollo personal e intelectual.

44. Para evitar que nuestras emociones las expresemos en forma negativa, debemos mantener siempre:

- a) La presión emocional.
- b) El sentido de humor.
- c) El control emocional.
- d) El problema emocional.

45. Nombre un "tip" para lograr la adecuada expresión de nuestras emociones:

- a) Ayuda monetaria.
- b) Ayuda legal.
- c) Ayuda humanitaria.
- d) Ayuda de ejercicios físicos todos los días.

46. Un individuo emocionalmente maduro tiene algunas características. señale una de ellas:

- a) Es insensible a los sentimientos de los demás.
- b) Le gusta estar solo y es incapaz de gozar de la soledad.
- c) Respeta y ama a sus semejantes y a sí mismo.
- d) Se consagra a una misión y no la cumple.

47. Los mensajes subliminales, como medios para revelar una verdad oculta, son mejor conocidos como:

- a) Anuncios comerciales.
- b) Engaños de la publicidad.
- c) Propagandas publicitarias.
- d) Políticas publicitarias.

48. Nuestros sentidos operan en por lo menos dos niveles de la percepción:

- a) Verdad y mentira.
- b) Descubierta y oculto.
- c) Consciente e inconsciente.
- d) Claro y oscuro.

49. A través de la publicidad, las industrias buscan convencernos, afectando

nuestra mente a un nivel:

- a) Inconsciente.
- b) Mental.
- c) Consciente.
- d) Científico.

50. Al grupo de personas que no viven cerca de nosotros y que probablemente nunca lleguemos a conocer, de las cuales imitamos conductas que se proyectan a través de los medios de comunicación, se conocen como:

- a) Familiares.
- b) Publicistas.
- c) Sociedad horizontal.
- d) Sociedad vertical.

51. Temas de las estrategias publicitarias utilizadas para vender drogas:

- a) Belleza, poder y sexo.
- b) Muerte, accidentes y enfermedades.
- c) Problemas sociales.
- d) Religión, educación y moral.

- 52. Algunos comerciales nos crean nuevas necesidades que nos llevan a sentir un vacío; y al no poder llenarlo, recurrimos a:**
- a) Cuidar nuestra salud.
 - b) Ver más comerciales.
 - c) Consumir drogas.
 - d) Comprar, comprar y comprar.
- 53. Para saber si un producto que se anuncia en los medios de comunicación, puedo utilizarlo sin que me cause daño, debo responder a:**
- a) Conocimiento, objetivo y propósito.
 - b) Conocimiento, riesgo percibido y beneficio.
 - c) Conocimiento, norma y autoestima.
 - d) Conocimiento, comunicación y autoestima.
- 54. La toma de decisiones nos ayuda a:**
- a) Tomar decisiones correctas
 - b) Solucionar problemas de la mejor manera posible.
 - c) Saber que hay un problema.
 - d) Salir rápido de los problemas.
- 55. Para tomar una buena decisión, necesitamos:**
- a) Hacer una lista de opciones y escoger una cualquiera.
 - b) Conocer las desventajas de los demás y sus opciones.
 - c) Pedirle consejo a otros y hacer lo que ellos dicen.
 - d) Conocer las opciones y ventajas y escoger uno mismo la mejor alternativa.
- 56. Un paso en el proceso de la toma de decisiones es:**
- a) Presupuesto.

- b) Planificación.
- c) Presión..
- d) Postulación.

57. Nos dificulta tomar una buena decisión:

- a) No conocer suficientes detalles de la situación.
- b) Conocer todas mis alternativas y sus posibles consecuencias.
- c) Cuando otros nos apoyan y nos ayudan a resolver el problema.
- d) Que todas las consecuencias sean positivas para mí y para los demás.

58. Cosas que podemos hacer para evitar la presión negativa:

- a) Pensar que sólo existe la presión positiva.
- b) Acusar a esas personas con las autoridades y agredirlas.
- c) Evitar los lugares, grupos o personas que hacen cosas peligrosas.
- d) Hacer lo que ellos quieren para que no me presionen más.

59. Podemos intervenir más en el futuro de nuestra vida, si:

- a) Los demás deciden por nosotros.
- b) Somos capaces de tomar nuestras propias decisiones.
- c) Esperamos a que todo se resuelva solo, sea como sea.
- d) Cedemos a las presiones de los demás.

60. Las drogas son:

- a) Sustancias que introducidas en el cuerpo, alteran la forma de pensar, de sentir y de actuar.
- b) Ciertos alimentos que al ser ingeridos causan problemas en el estómago.
- c) Productos que causan cambios en las funciones físicas de las personas.

- d) Medicamentos que se dan a una persona por prescripción del doctor.

61. Los jóvenes entran al mundo de las drogas por:

- a) Ser inteligentes.
- b) La presión del grupo o de los amigos.
- c) Ir a bailes y fiestas.
- e) Ser tímido.

62. Se le llama adicción a:

- a) La enfermedad causada por la falta de aseo en manos y cuerpo.
- b) La enfermedad causada por el consumo repetido de una droga y su deseo urgente de obtenerla.
- c) La insuficiencia causada por el uso de medicamentos recetados por el médico.
- d) La parálisis del sistema digestivo causada por el consumo repetido de sustancias.

63. Un tipo de consumidor de drogas es:

- a) La mula.
- b) El traficante.
- c) El vendedor.
- d) El abusador.

64. Características de la enfermedad de la adicción:

- a) Primaria, secundaria y terciaria.
- b) Primaria, intermedia, media y final.
- c) Primaria, crónica, progresiva y mortal.
- d) Personal, familiar y social.

65. Una etapa de la enfermedad de la adicción es:

- a) Aceptar el problema y pedir ayuda.
- b) Mostrar responsabilidad y confianza en la gente.
- c) Tocar fondo.
- d) Dejar de beber.

66. Una forma en que nuestra salud es afectada como consecuencia del uso de drogas es:

- a) Causa dependencia física y psicológica.
- b) Causan independencia económica.
- c) Causan la pérdida de amigos.
- f) Causan diabetes, dengue y otras infecciones.

67. Un factor que hace variar los efectos que causan las drogas de una persona a otra:

- a) El tener metas en la vida.
- b) El tomar buenas decisiones.
- c) El participar en programas comunitarios.
- d) El tipo de droga y la cantidad que se consume.

68. Por sus efectos, las drogas se clasifican en:

- a) Estimulantes, depresivas, narcóticas y alucinógenas.
- b) Alegres, tristes, de dolor y miedo.
- c) Médicas, sociales, económicas y legales.
- d) Alcohol, cigarrillo y cocaína.

69. Las drogas estimulantes son aquellas que:

- a) Causan tristeza, abatimiento, pérdida de ánimo y fuerzas.
- b) Producen aceleración en el sistema nervioso y mucha actividad de los sentidos.

- c) Producen cambios en el conocimiento, la percepción y en la conciencia.
- d) Calman y disminuyen el dolor.

70. Un ejemplo de una droga depresora:

- a) Nicotina.
- b) Marihuana.
- c) Tranquilizantes
- d) Heroína.

71. Un tipo de droga que produce cambios en el conocimiento, percepción y en la conciencia :

- a) Alucinógenos.
- b) Narcóticos.
- c) Estimulantes.
- g) Inhalantes.

72. Las drogas que se derivan del opio son:

- a) Depresoras.
- b) Inhalantes.
- c) Alucinógenos.
- d) Narcóticos.

73. La forma de presentación de las drogas inhalantes es:

- a) Inyecciones.
- b) Productos industriales.
- c) Pomadas.
- d) Caramelos.

74. Una meta es:

- a) Un estado inconsciente del ser humano.
- b) Algo que casi nunca se logra en la realidad.
- c) Una necesidad que queremos satisfacer y buscamos cómo lograrlo.
- d) Un sueño de que no se quiere despertar.

75. Para qué nos establecemos metas:

- a) Para ser económicamente reconocidos.
- b) Para obtener logros positivos o evitar situaciones indeseables.
- c) Para obtener logros negativos y positivos.
- d) Para alcanzar los objetivos de los demás.

76. Cómo se forma una meta individual:

- a) Depende de las metas de los demás.
- b) Primero vamos en una dirección y luego nos motivamos.
- c) Cuando no logro lo que necesito.
- d) Primero estamos motivados por algo y luchamos para alcanzarlo.

77. La meta de grupo se refiere a:

- a) Un estado deseable del grupo y no sólo de los individuos.
- b) Satisfacer lo que ordena la junta directiva.
- c) Lo que desea cada individuo.
- d) Sumar muchas metas diferentes de individuos diferentes.

78. Cuando nos encontramos con obstáculos para alcanzar nuestras metas, se recomienda:

- a) Revalorar las metas establecidas.
- b) Seguir adelante.
- c) Seguir las metas de otros.
- d) Abandonar nuestros esfuerzos.

79. Una meta Formal es:

- a) La que motiva a la gente a cambiarse de grupo.
- b) La que menos importancia tiene en un grupo.
- c) Una meta que sólo tienen los grupos grandes.
- d) La esencia o causa principal para la cual se forma un grupo.

80. Una meta Operacional es:

- a) La que se basa en operaciones matemáticas.
- b) Indefinida; no hay nada claro ni específico.
- c) La que incluye ideas, límites de tiempo y responsabilidades.
- d) Amplia, vaga y ambigua.

ANEXO II

**UNIVERSIDAD DE PANAMA
FACULTAD DE MEDICINA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

PROGRAMA DE PREVENCIÓN SOBRE EL USO INDEBIDO DE DROGAS

**CUESTIONARIO Nº 2
POST TEST**

Estimado(a) Estudiante:

- Estamos realizando una investigación que tiene como objetivo conocer, los efectos de la aplicación de un Programa Preventivo de Drogas en tu Escuela en el año de 1999.
- Por tal motivo agradecemos tu colaboración respondiendo sinceramente al presente cuestionario, confeccionado por las Licenciadas en Psicología: Nuria Agustina Araguás Sambrano y María Del Rosario Jaén Cabal Cageray.
- Al responder el cuestionario, no debe firmar ni escribir su nombre, es anónimo.
- Al terminar, depositas el cuestionario en el lugar indicado.
- Recuerda que la información es estrictamente confidencial.
- Muchas gracias por tu colaboración.

FECHA: _____ **SEXO:** _____

EDAD: _____ COLEGIO: _____

INSTRUCCIONES: *a continuación presentamos una serie de preguntas referentes a los temas del programa de prevención. Sólo vas a seleccionar UNA respuesta correcta, encierre en un círculo la letra a la que corresponda; lea cuidadosamente cada pregunta y no deje ninguna sin responder.*

1. La prevención se refiere a:

- a) Rehabilitar a una persona impedida.
- b) Dar tratamiento a un enfermo.
- c) Evitar algo antes de que suceda.
- d) Accidentes automovilísticos, Dengue y SIDA.

2. Para contribuir en el logro de la prevención positiva, sólo se necesita:

- a) Establecer una meta en la vida: "Estar libres de drogas".
- b) Imitar ejemplos de personas ligadas al tráfico y consumo de drogas.
- c) Búsqueda de experiencias placenteras y aventuras peligrosas.
- d) Promoción de antivalores, como consumismo, agresividad e individualismo.

3. Factores que llevan a las personas a un desequilibrio que aumenta la posibilidad de que adquieran conductas negativas:

- a) Estar informados de las consecuencias negativas del uso de drogas.
- b) Mala utilización del tiempo libre y la presión del grupo de amigos.
- c) Estimular el logro del desarrollo del potencial propio.
- d) Proveer un ambiente con imágenes positivas de cómo ser.

4. Autoestima es:

- a) La habilidad del individuo dirigida hacia las personas.
- b) Nuestro valor monetario según nosotros mismos.
- c) La valoración de las cosas que tenemos, sin saber por qué.

- d) La valoración que tenemos de nosotros mismos.

5. En la adolescencia, la autoestima se debilita:

- a) Porque la imagen corporal cambia y se da la confusión de roles.
- b) Acepta que comete errores y aprende de ellos.
- c) Maneja su agresividad.
- d) No se disgusta de sí mismo y le agradan los demás.

6. Una característica de la persona que posee una autoestima positiva es:

- a) Se deja influenciar por los demás.
- b) Está a la defensiva y se frustra con facilidad.
- c) Se siente impotente.
- d) Se aprecia genuinamente a sí mismo.

7. La información y las opiniones que nos dan sobre nuestros actos los seres queridos se llama:

- a) Conversación.
- b) Retroalimentación.
- c) Comunicación.
- d) Bochinche.

8. Si alguien tiene la autoestima baja, puede reconstruirla a través de:

- a) Acumular propósitos inalcanzables y difíciles para sí mismo.
- b) Tomar decisiones donde culpar a los demás si algo sale mal.
- c) Establecer nuevas metas, cambiar actitudes y revisar su escala de valores.
- d) Ponerse en manos de los demás y ceder el control sobre sí mismo.

9. Para elevar nuestra autoestima es necesario:

- a) Ser temerosos ante las situaciones de la vida.
- b) Desconfiar de nuestras posibilidades.
- c) Defender los derechos propios lesionando los ajenos.
- d) Ocuparnos en primer lugar de nosotros mismos.

10. Una forma de definir la comunicación es:

- a) Un acto a través del cual todos los seres se comunican.
- b) El proceso de intercambio de información entre dos o más personas.
- c) Un dialecto que se usaba en la edad media.
- d) Un nivel de inteligencia superior que tienen las personas.

11. En el proceso de la comunicación intervienen:

- a) Emisor- receptor- responde.
- b) Hablar- escuchar- responder
- c) Emitir- escuchar- responder.
- e) Emisor- mensaje- receptor.

12. Una barrera que interrumpe la comunicación es:

- a) Reconocer las cosas positivas que hacen los demás.
- b) Respetar las opiniones de los demás.
- c) Culpar a otros y no asumir nuestra responsabilidad.
- d) Expresar nuestros sentimientos verbalmente.

13. Indique cuál de los siguientes es un elemento de la comunicación:

- a) El vocal.
- b) El papel.
- c) El sonido.
- d) La lengua.

14.Cuál de los siguientes puede considerarse un tipo de comunicación:

- a) Abierta.
- b) No verbal.
- c) Activa.
- d) Cerrada.

15.Un recurso para mejorar nuestra comunicación es:

- a) Hablar siempre de uno mismo y de nuestros éxitos.
- b) Responder rápido y dejar a los otros hablando solos.
- c) Escuchar sin criticar, ni ofender.
- d) Hablar de otras personas.

16.Cuando alguien observa nuestra postura, expresión del rostro y nota los cambios en nuestro tono de voz:

- a) Está aburrido y quiere cambiar de tema de conversación.
- b) No le interesa lo que está ocurriendo ni lo que pensamos.
- c) Está preocupado y no está en disposición de atender.
- d) Nos demuestra que está escuchando y poniendo atención.

17.Una forma de expresar nuestros sentimientos es:

- a) Expresar lo negativo que tienen las personas.
- b) Usar muchas palabras para decir algo.
- c) Estar de acuerdo entre lo que se dice y las palabras.
- d) Actuar de acuerdo al momento y a la situación que se nos presenta.

18.Qué se recomienda hacer cuando se tienen problemas con otra persona:

- a) Expresar lo que sentimos, asegurándonos que sea en forma amable y sin herir a los demás.
- b) Molestarnos, desilusionarnos o ponernos tristes.
- c) Expresar lo que sentimos directamente, sin importar lo que piensa la otra persona.
- d) Expresar lo que sentimos en cualquier lugar o momento en que se encuentre.

19. Un líder se define como:

- a) Aquel que los demás siguen por su propia convicción.
- b) La persona que manda y dirige un grupo.
- c) Un jefe o una autoridad dentro de un grupo.
- d) El que complace a todos individualmente.

20.Cuál de estas cualidades corresponde a un líder:

- a) Conocer el arte de despertar el interés de los demás.
- b) No actuar democráticamente.
- c) Monopolizar la discusión.
- d) Prevalecer su opinión por encima de la de los demás.

21. Tipo de líder que se caracteriza por su debilidad ante el grupo:

- a) Democrático.
- b) Débil.
- c) Leseferista.
- d) Autocrático.

22.Cuál de estos principios corresponden al liderazgo:

- a) Principio de la autoestima.
- b) Principio de la responsabilidad.

- c) Principio múltiple.
- d) Principio de la acción.

23. Identifique los tipos de participantes que intervienen en un grupo:

- a) Asteroide.
- b) Viajero.
- c) Náufrago.
- d) Satélite.

24. Qué función cumple un líder:

- a) Una función matemática.
- b) Una función de cumplimiento de los objetivos de grupo.
- c) Una función de satisfacción individual dentro de grupo.
- d) Una función de mando.

25. Aquello que guía nuestro comportamiento, siendo bueno para uno mismo y para los demás, se conoce como:

- a) Sexualidad.
- b) El poder.
- c) Valores.
- e) Drogas

26. Mencione uno de los criterios en el proceso de formación de un valor:

- a) Seleccionar muchas alternativas que sean iguales.
- b) Haberlo elegido libre y racionalmente dentro de varias alternativas.
- c) No actuar de acuerdo a ninguna alternativa.
- d) Actuar antes de pensar las alternativas y las consecuencias.

27. Cómo se pueden transmitir los valores:

- a) En forma de herencia genética y natural.

- b) En forma sencilla y sin complicaciones.
- c) En forma de herencia moral de padres a hijos y en la relación con otras personas.
- d) En forma de sueños que nos transmiten nuestros padres y amigos.

28. Señale cuál de estos valores es de tipo personal:

- a) Realización del ser.
- b) Justicia.
- c) Solidaridad.
- d) Lealtad y fidelidad.

29. Señale cuál de estos valores es de tipo social:

- a) Justicia.
- b) Dinero.
- c) Inteligencia.
- d) Perseverancia

30. Los valores son necesarios porque:

- a) Nos ayudan a ser aceptados por los demás, al llevarle la contraria a nuestros padres.
- b) Sobrevaloran la riqueza, impidiendo la satisfacción de las aspiraciones.
- c) Acumulan cierto número de experiencias sociales, sexuales y de poder.
- d) Le dan sentido a nuestra vida, permiten obtener madurez y éxito en nuestras metas.

31. Se entiende por sexualidad:

- a) La relación entre un hombre y una mujer.
- b) Reproducción, embarazo y el criar los hijos.

- c) Todo lo relacionado con nuestro cuerpo, el sexo, los sentimientos y el placer.
- d) Las creencias que tenemos sobre el sexo.

32. La sexualidad es algo natural y cultural a la vez porque:

- a) Es rápida y eficaz.
- b) Nacemos con ella, es necesaria y aprendida.
- c) Tiene que ver con el sexo.
- d) Porque la sociedad nos lo impone.

33. La masturbación es:

- a) Una enfermedad producida por las relaciones sexuales.
- b) Considerada como pecado.
- c) Una forma de sentir placer con nuestro propio cuerpo.
- d) Una práctica exclusiva de los hombres.

34. El embarazo se da:

- a) Cuando un espermatozoide logra fertilizar un óvulo.
- b) Cada vez que se tiene sexo.
- c) Cuando somos mayores de edad.
- d) Cuando una mujer se desarrolla sexualmente

35. Una característica de las enfermedades venéreas es:

- a) Pueden ser mortales y ocultarse por mucho tiempo sin presentar síntomas.
- b) Son fáciles de curar; no hace falta ir al médico.
- c) Son difíciles de contagiar.
- d) Se transmiten sólo cuando hay penetración en la mujer.

36. Un ejemplo de una disyunción sexual puede ser:

- a) El embarazo.
- b) Adicción al sexo.
- c) Coito.
- d) Menstruación.

37. Se considera que una mujer es virgen cuando:

- a) Nos demuestra que es una buena mujer.
- b) Tiene su himen intacto, lo cual es un sello de garantía.
- c) Es una buena amante cuando está con su pareja.
- d) No ha tenido relaciones sexuales con ningún hombre.

38. El aborto es:

- a) Algo que debería hacerse más a menudo y sin restricciones.
- b) La mejor solución a nuestros problemas.
- c) Una decisión exclusiva de la mujer.
- d) De alto riesgo, la madre puede quedar estéril o incluso morir.

39. El término emoción denota:

- a) La medición directa de los sentimientos.
- b) Sentimientos, impulsos, reacciones físicas y fisiológicas.
- c) Que la persona ha alcanzado la felicidad.
- d) La cantidad de éxitos que ha logrado una persona.

40. De los factores que se presentan a continuación, cuáles integran una emoción:

- a) Factores intelectuales.
- b) Factores naturales.

- c) Factores externos.
- d) Factores sociales.

41. Un factor que afecta las emociones es:

- a) La música.
- b) El dinero.
- c) El arte.
- d) La droga.

42. Señale un tipo de emoción de la siguiente lista:

- a) Frío.
- b) Ira.
- c) Maldad.
- e) Belleza.

43. Modos como las emociones afectan la conducta:

- a) Si la emoción es positiva, ayuda a que la persona se sienta rechazada dentro de un grupo.
- b) Si la emoción fomenta la frustración en la participación social, ayudando al individuo.
- c) Si la emoción da satisfacción a las personas y se repite con el tiempo, puede convertirse en un hábito.
- d) Si la emoción es negativa, ayuda a un mejor desarrollo personal e intelectual.

44. Para evitar que nuestras emociones las expresemos en forma negativa, debemos mantener siempre:

- a) La presión emocional.
- b) El sentido del humor.
- c) El control emocional.

- d) El problema emocional.

45. Nombre un "tip" para lograr la adecuada expresión de nuestras emociones:

- a) Ayuda monetaria.
- b) Ayuda legal.
- c) Ayuda humanitaria.
- d) Ayuda de ejercicios físicos todos los días.

46. Un individuo emocionalmente maduro tiene algunas características. señale una de ellas:

- a) Es insensible a los sentimientos de los demás.
- b) Le gusta estar solo y es incapaz de gozar de la soledad.
- c) Respeta y ama a sus semejantes y a sí mismo.
- d) Se consagra a una misión y no la cumple.

47. Los mensajes subliminales, como medios para revelar una verdad oculta, son mejor conocidos como:

- a) Anuncios comerciales.
- b) Engaños de la publicidad.
- c) Propagandas publicitarias.
- d) Políticas publicitarias.

48. Nuestros sentidos operan en por lo menos dos niveles de la percepción:

- a) Verdad y mentira.
- b) Descubierta y oculto.
- c) Consciente e inconsciente.
- d) Claro y oscuro.

49. A través de la publicidad, las industrias buscan convencernos, afectando nuestra mente a un nivel:

- a) Inconsciente.
- b) Mental.
- c) Consciente.
- d) Científico.

50. Al grupo de personas que no viven cerca de nosotros y que probablemente nunca lleguemos a conocer, de las cuales imitamos conductas que se proyectan a través de los medios de comunicación, se conocen como:

- a) Familiares.
- b) Publicistas.
- c) Sociedad horizontal.
- d) Sociedad vertical.

51. Temas de las estrategias publicitarias utilizadas para vender drogas:

- a) Belleza, poder y sexo.
- b) Muerte, accidentes y enfermedades.
- c) Problemas sociales.
- d) Religión, educación y moral.

52. Algunos comerciales nos crean nuevas necesidades que nos llevan a sentir un vacío; y al no poder llenarlo, recurrimos a:

- a) Cuidar nuestra salud.
- b) Ver más comerciales.
- c) Consumir drogas.
- d) Comprar, comprar y comprar.

- 53. Para saber si un producto que se anuncia en los medios de comunicación, puedo utilizarlo sin que me cause daño, debo responder a:**
- a) Conocimiento, objetivo y propósito.
 - b) Conocimiento, riesgo percibido y beneficio.
 - c) Conocimiento, norma y autoestima.
 - d) Conocimiento, comunicación y autoestima.
- 54. La toma de decisiones nos ayuda a:**
- a) Tomar decisiones correctas
 - b) Solucionar problemas de la mejor manera posible.
 - c) Saber que hay un problema:
 - d) Salir rápido de los problemas.
- 55. Para tomar una buena decisión, necesitamos:**
- a) Hacer una lista de opciones y escoger una cualquiera.
 - b) Conocer las desventajas de los demás y sus opciones.
 - c) Pedirle consejo a otros y hacer lo que ellos dicen.
 - d) Conocer las opciones y ventajas y escoger uno mismo la mejor alternativa.
- 56. Un paso en el proceso de la toma de decisiones es:**
- a) Presupuesto.
 - b) Planificación.
 - c) Presión.
 - i) Postulación.
- 57. Nos dificulta tomar una buena decisión:**
- a) No conocer suficientes detalles de la situación.
 - b) Conocer todas mis alternativas y sus posibles consecuencias.
 - c) Cuando otros nos apoyan y nos ayudan a resolver el problema.

- d) Que todas las consecuencias sean positivas para mí y para los demás.

59. Cosas que podemos hacer para evitar la presión negativa:

- a) Pensar que sólo existe la presión positiva.
- b) Acusar a esas personas con las autoridades y agredirlas.
- c) Evitar los lugares, grupos o personas que hacen cosas peligrosas.
- d) Hacer lo que ellos quieren para que no me presionen más.

59. Podemos intervenir más en el futuro de nuestra vida, si:

- a) Los demás deciden por nosotros.
- b) Somos capaces de tomar nuestras propias decisiones.
- c) Esperamos a que todo se resuelva solo, sea como sea.
- d) Cedemos a las presiones de los demás.

60. Las drogas son:

- a) Sustancias que introducidas en el cuerpo, alteran la forma de pensar, de sentir y de actuar.
- b) Ciertos alimentos que al ser ingeridos causan problemas en el estómago.
- c) Productos que causan cambios en las funciones físicas de las personas.
- d) Medicamentos que se dan a una persona por prescripción del doctor.

61. Los jóvenes entran al mundo de las drogas por:

- a) Ser inteligentes.
- b) La presión del grupo o de los amigos.
- c) Ir a bailes y fiestas.
- j) Ser tímido.

62. Se le llama adicción a:

- a) La enfermedad causada por la falta de aseo en manos y cuerpo.
- b) La enfermedad causada por el consumo repetido de una droga y su deseo urgente de obtenerla.
- c) La insuficiencia causada por el uso de medicamentos recetados por el médico.
- d) La parálisis del sistema digestivo causada por el consumo repetido de sustancias.

63. Un tipo de consumidor de drogas es:

- a) La mula.
- b) El traficante.
- c) El vendedor.
- d) El abusador.

64. Características de la enfermedad de la adicción:

- a) Primaria, secundaria y terciaria.
- b) Primaria, intermedia, media y final.
- c) Primaria, crónica, progresiva y mortal.
- d) Personal, familiar y social.

65. Una etapa de la enfermedad de la adicción es:

- a) Aceptar el problema y pedir ayuda.
- b) Mostrar responsabilidad y confianza en la gente.
- c) Tocar fondo.
- d) Dejar de beber.

66. Una forma en que nuestra salud es afectada como consecuencia del uso de drogas es:

- a) Causa dependencia física y psicológica.
- b) Causan independencia económica.
- c) Causan la pérdida de amigos.
- k) Causan diabetes, dengue y otras infecciones.

67. Un factor que hace variar los efectos que causan las drogas de una persona a otra:

- a) El tener metas en la vida.
- b) El tomar buenas decisiones.
- c) El participar en programas comunitarios.
- d) El tipo de droga y la cantidad que se consume.

68. Por sus efectos, las drogas se clasifican en:

- a) Estimulantes, depresivas, narcóticas y alucinógenas.
- b) Alegres, tristes, de dolor y miedo.
- c) Médicas, sociales, económicas y legales.
- d) Alcohol, cigarrillo y cocaína.

69. Las drogas estimulantes son aquellas que:

- a) Causan tristeza, abatimiento, pérdida de ánimo y fuerzas.
- b) Producen aceleración en el sistema nervioso y mucha actividad de los sentidos.
- c) Producen cambios en el conocimiento, la percepción y en la conciencia.
- d) Calman y disminuyen el dolor.

70. Un ejemplo de una droga depresora:

- a) Nicotina.

- b) Marihuana.
- c) Tranquilizantes.
- d) Heroína.

71. Un tipo de droga que produce cambios en el conocimiento, percepción y en la conciencia :

- a) Alucinógenos.
- b) Narcóticos.
- c) Estimulantes.
- l) Inhalantes.

72. Las drogas que se derivan del opio son:

- a) Depresoras.
- b) Inhalantes.
- c) Alucinógenos.
- d) Narcóticos.

73. La forma de presentación de las drogas inhalantes es:

- a) Inyecciones.
- b) Productos industriales.
- c) Pomadas.
- d) Caramelos.

74. Una meta es:

- a) Un estado inconsciente del ser humano.
- b) Algo que casi nunca se logra en la realidad.
- c) Una necesidad que queremos satisfacer y buscamos cómo lograrlo.
- d) Un sueño de que no se quiere despertar.

75. Para qué nos establecemos metas:

- a) Para ser económicamente reconocidos.
- b) Para obtener logros positivos o evitar situaciones indeseables.

- c) Para obtener logros negativos y positivos.
- d) Para alcanzar los objetivos de los demás.

76. Cómo se forma una meta individual:

- a) Depende de las metas de los demás.
- b) Primero vamos en una dirección y luego nos motivamos.
- c) Cuando no logro lo que necesito.
- d) Primero estamos motivados por algo y luchamos para alcanzarlo.

77. La meta de grupo se refiere a:

- a) Un estado deseable del grupo y no sólo de los individuos.
- b) Satisfacer lo que ordena la junta directiva.
- c) Lo que desea cada individuo.
- d) Sumar muchas metas diferentes de individuos diferentes.

78. Cuando nos encontramos con obstáculos para alcanzar nuestras metas, se recomienda:

- a) Revalorar las metas establecidas.
- b) Seguir adelante.
- c) Seguir las metas de otros.
- d) Abandonar nuestros esfuerzos.

79. Una meta Formal es:

- a) La que motiva a la gente a cambiarse de grupo.
- b) La que menos importancia tiene en un grupo.
- c) Una meta que sólo tienen los grupos grandes.
- d) La esencia o causa principal para la cual se forma un grupo.

80. Una meta Operacional es:

- a) La que se basa en operaciones matemáticas.
- b) Indefinida; no hay nada claro ni específico.

- c) La que incluye ideas, límites de tiempo y responsabilidades.
- d) Amplia, vaga y ambigua.

ANEXO III

**UNIVERSIDAD DE PANAMA
FACULTAD DE MEDICINA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**PROGRAMA PREVENTIVO SOBRE EL USO INDEBIDO DE DROGAS
DIRIGIDO A ADOLESCENTES Y SUS PADRES DE FAMILIA**

INTRODUCCIÓN

Debido al incremento de drogas entre los adolescentes y las graves consecuencias que deja en la población, se hace necesario ofrecer programas preventivos que contribuyan a contrarrestar este problema.

Es así, que se ha diseñado el presente programa, el cual va dirigido a estudiantes que cursan terceros años y sus padres de familia con la finalidad de brindarles capacitación que contenga los elementos mínimos de prevención y puedan éstos enfrentarse al mundo desafiando el flagelo de las drogas, e induciendo a otros jóvenes a seguirlos en esta lucha.

Este programa contempla la modalidad de brindar la misma capacitación a los padres y madres de familias de los jóvenes, ya que se considera de vital importancia involucrarlos a ellos por el papel y rol que desempeñan en la formación de sus hijos y la experiencia de trabajo en el campo familiar demuestra que el subsistema parental debe conocer al respecto para poder orientar a sus hijos e hijas.

Objetivos Generales

1. Elaborar un programa preventivo de drogas dirigido a estudiantes y sus padres de familia.
2. Aplicar un programa preventivo de drogas a estudiantes y padres de familia, con la finalidad de medir su eficacia, como instrumento de educación.

Objetivos Específicos

Capacitar a estudiantes y padres de familia en temas sobre la prevención de drogas y otras afines.

- Promover que estudiantes y padres de familia tengan una autoestima positiva que les ayude a enfrentar los problemas de drogas.
- Enseñar a los estudiantes y padres de familia aspectos perjudiciales del uso de drogas en las diferentes áreas de su vida.
- Propiciar en los jóvenes el desarrollo de su potencial como líderes.

Contenido Del Programa

El programa se desarrollará en once (11) sesiones. En la primera sesión se aplicará el Pre Test, las nueve sesiones siguientes serán de trabajo ; cada una de ellas tendrá una duración aproximada de una (1) hora y cuarenta y cinco (45) minutos. De este tiempo se utilizarán cuarenta y cinco (45) minutos para el desarrollo de los contenidos y cuarenta y cinco (45) minutos para el trabajo grupal. Se aplicará una metodología participativa. En la última sesión se aplicará el Post Test para evaluar la efectividad del Programa.

Técnicas

Las técnicas de trabajo con grupos serán variadas, según los temas que se desarrollan y serán entre otras:

- Charlas expositivas.
- Dinámicas de grupos.
- Representaciones de roles.
- Presentación de casos con discusiones de grupos.
- Sociodramas.
- Medios audiovisuales.
- Testimonios.
- Clasificación de Valores.
- Análisis de anuncios publicitarios para que los participantes identifiquen antivalores y mensajes subliminales.

Contenido del Programa

Los temas que se desarrollarán son los siguientes

1. La Prevención: la otra cara de las drogas.
2. La autoestima en los jóvenes y sus padres de familia.
3. La comunicación en la vida del joven y su familia.
4. El carácter, los sentimientos y las emociones.
5. Liderazgo: cuestión de valores y toma de decisiones.
6. Educación sexual.
7. Las drogas y sus efectos.
8. Las metas que queremos en la vida.
9. Las relaciones familiares.

Sesiones del Programa**SESIÓN N° 1****APLICACIÓN DEL PRE TEST****Objetivos:**

- Explicar a los participantes el contenido del programa y las normas de funcionamiento del grupo.
- Aplicar a los participantes el Pre Test.

Duración

Una (1) hora treinta (30) minutos.

Metodología

1. Saludo y bienvenida a los participantes.
2. Presentación de los participantes y facilitadores.
3. Formación de subgrupos
4. Presentación de los participantes en los subgrupos, mediante la dinámica: “La Telaraña”. Esta dinámica se hace con los participantes de pie. Se les explica que a uno de ellos se le entregará una pelota de hilo. Al recibirla deberá decir: su nombre, edad, lo que más le gusta hacer y que espera lograr con su participación en el programa seguidamente se la tira o pasa a otro compañero el cual se presentará de la misma manera. La presentación se repite con todos los participantes hasta que queden enlazados en una especie de telaraña. El último en

recibirla la devuelve al que se la tiró, lo que implica que todos deben estar atentos para saber a quien se la devolverán.

5. Explicación del Contenido del Programa y las normas de funcionamiento del grupo.
6. "Explicación del Pre Test.
7. Aplicación del Pre Test.

246
SESIÓN N° 2

**LA PREVENCIÓN: UNA ALTERNATIVA PARA LUCHAR CONTRA LAS
DROGAS**

Objetivo:

- Lograr que los estudiantes y padres de familia, conozcan que la prevención es una forma de enfrentarse a las drogas.

Duración

Una Hora y treinta (30) minutos.

Metodología

- a. Dinámica de integración
- b. Desarrollo del tema: (Contenidos)
 - b.1. ¿Qué es la Prevención:
 - b.2. La Prevención es una alternativa, para luchar contra las drogas.
 - b.3. La Prevención positiva y la prevención integral.
- c. Dinámica.
- d. Trabajo de Grupos

SESIÓN N° 3**LA AUTOESTIMA EN LOS ADOLESCENTES Y SUS PADRES DE FAMILIA****Objetivos:**

- Analizar con los participantes el significado de la autoestima y su importancia.
- Descubrir con los participantes la importancia que tiene el hogar la formación de la autoestima.
- Lograr que los estudiantes y padres de familia descubran las cosas que afectan la autoestima y cómo se puede tener una alta o baja autoestima y cómo se relaciona ésta con las drogas.

Duración:

Una (1) hora y treinta (30) minutos.

Metodología

- a. Dinámica: “La Canasta de las Frutas”.
Se divide el grupo y se le asignan nombres de frutas, luego se le pide cambiar de puestos según la fruta que se menciona.
- b. Presentación de la historia “Yo Soy Alguien”
- c. Desarrollo de los contenidos:
 - d.1. Concepto de autoestima y su importancia.
 - d.2. Papel que tiene el hogar en la formación de la autoestima.
 - d.3. Factores que afectan la autoestima.
 - d.4. ¿Cuándo se tiene una autoestima alta y cuándo se tiene una autoestima baja?

- d.5. Analizar cómo está nuestra autoestima.
- d. Presentación de sociodramas en los cuales se representen casos de personas con autoestima alta.

249
SESIÓN N° 4

LA COMUNICACIÓN EN LA VIDA DEL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA

Objetivos:

- Lograr que los participantes analicen y tengan claro el concepto de comunicación.
- Promover entre estudiantes y padres de familia la comunicación clara y directa.

Duración

Una (1) hora y treinta minutos.

Metodología

- a. Dinámica: “El Cuchicheo”.

Se pide al grupo formar un círculo. Se lee en secreto un mensaje a un miembro del grupo y al resto se le pide lo transmita verbalmente. Al finalizar se pide al último miembro que recibió el mensaje lo diga en voz alta a todo su grupo de trabajo. Se pide también a varios miembros repetir lo que se les dijo.

Seguidamente se analiza qué ocurrió.

- b. Desarrollo de los contenidos:
- b.1. Concepto de los contenidos.
 - b.2. Proceso de comunicación.
 - b.3. Modelos de comunicación.

- b.4. Barreras de la Comunicación.
 - b.5. Axiomas de la comunicación.
 - b.6. Tipos de comunicación.
 - b.7. Análisis de mensajes subliminales.
 - b.8. Estrategias publicitarias utilizadas para vender drogas.
- c. Trabajo en grupo y dinámicas.

251
SESIÓN N° 5

PAPEL DE LAS EMOCIONES EN LA FORMACIÓN DEL CARÁCTER Y LOS SENTIMIENTOS

Objetivos:

- Lograr que los estudiantes y padres de familia descubran el papel que desempeñan las emociones en la formación del carácter y los sentimientos.
- Promover entre los participantes el conocimiento del tipo de carácter que poseen.
- Procurar que estudiantes y padres de familia reconozcan que tipo de sentimientos predominan en ellos.

Duración

Una (1) hora y treinta (30) minutos.

Metodología

- a. Dinámica grupal.
- b. Desarrollo de contenidos:
 - b.1. Aclaración de conceptos.
 - b.2. Elementos que integran las emociones.
 - b.3. Componentes de las emociones.
 - b.4. Factores que afectan las emociones.
 - b.5. Tipos de emociones.
 - b.6. Modos como las personas afectan el carácter y los sentimientos.
 - b.7. Dinámica para descubrir el tipo de carácter y sentimientos que predominan en cada participantes.

ANEXO N° V
TIPOS DE DROGAS

Droga	Origen	Uso social	Inicio	Vía administración	Acción	Dependencia físicas	Dependencia psíquicas	Peligrosidad
Tabaco	Natural (planta)	Aceptado	Precoz 12 -14 años.	Inhalado (fumado)	Estimula sistema nervioso central	Si	Si	Baja
Alcohol	Etanol (planta)	Aceptado	Precoz 12 -14 años	Oral	Depresor sistema nervioso central	Si	Si	Alta
Psicofarmacos Barbitúricos	Químico	Aceptado	Tardío	Oral	Activadores Sistema nervioso central	Si	Si	Alta
Piscofarmacos anfetaminas	Químico	Aceptado	Tardío	Oral	Depresores sistema nervioso central	Si	Si	Media

					central			
Cannabis (marihuana)	Natural	Prohibido	Precoz 14 - 16 años	Inhalado (fumado)	Enfermedades pulmonares, destructor de globulos blancos	Ligera	Si	Baja
Narcóticos Opiáceos (heroína)	Químico (morfina)	Prohibido	Tardío 17 - 20 años	Ultravenosa o pernasal	Depresor sistema nervioso central Analgésico	Si	Si	Muy alta
Alucinógenos (LSD)	Químico (ácido lisérgico)	Prohibido	Tardío 17 - 20 años	Oral	Distorsión sistema nervioso central (alucinaciones)	No clara	Si	Baja*
Cocaína Crack	Natural Hojas de coca	Prohibido	Tardío 17 - 20 años	Pernasal o intravenosa	Estimulador sistema nervioso central, anestésico local	Si	Muy intensa	Alta

					local			
INHALANTES (colas, disolventes)	Químico (industrial)	Aceptado	Muy precoz 8 - 12 años	Inhalación	Depresión sistema nervioso central (euforia)	Si	Si	Baja
Estimulantes menores (Cafeína, Teína)	Natural (café, cacao)	Aceptado	Infancia	Oral	Estimulante sistema nervioso central	Ligera	Si	Nula-